

GEDRAGSTHERAPIE

.....

*Tijdschrift voor gedragstherapie
& cognitieve therapie*



JAARGANG 56 NUMMER 3 SEPTEMBER 2023

Het tijdschrift *Gedragstherapie* wordt uitgegeven door Uitgeverij Boom in opdracht van Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie, waarin participeren de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie en de Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie. Het tijdschrift verschijnt viermaal per jaar: in maart, juni, september & december

Doelstelling

Tijdschrift *Gedragstherapie* heeft als doelstelling het publiceren van wetenschappelijk onderzoek (inclusief psychometrisch onderzoek), theoretische artikelen, literatuuroverzichten, case-studies en boekbesprekingen op het gebied van cognitieve gedragstherapie.

Redactie

Elske Saleminck, *hoofdredacteur*
Hermien Elgersma
Arnold van Emmerik
Kristof Hoorelbeke
Jaap Lancee
Miriam Lommen
Margreet Oorschot
Sara Scheveneels
Anouk Vanden Bogaerde
Sandra Verbeke
Janneke Wolters, *redactiesecretaris*

Redactieraad

dr. Anika Bexkens, prof. dr. Claudy Bockting,
prof. dr. Paul Boelen, prof. dr. Theo K.
Bouman, prof. dr. Caroline Braet, dr.
Suzanne van Bronswijk, dr. Vincent van
Bruggen, prof. dr. Iris Engelhard, dr. Klaske
Glashouwer, prof. dr. Dirk Hermans, prof.
dr. Jan de Houwer, prof. dr. Jos de Keijser, dr.
Ellen R. Klaassens, dr. Rianne de Kleine, em.
prof. dr. Kees Korrelboom, prof. dr. Ernst
Koster, prof. dr. Marije van der Lee, prof. dr.
Sandra Mulkens, prof. dr. Saskia van der
Oord, dr. Kaya Peerdeman, prof. dr. Rudi De
Raedt, prof. dr. Filip Raes, dr. Jeffrey
Roelofs, prof. dr. Agnes Scholing, prof. dr.
Christiaan Schotte, prof. dr. Anne Speckens,
prof. dr. Philip Spinhoven, prof. dr. Johan
Vlaeyen, dr. Marisol Voncken, prof. dr.
Reinout Wiers, dr. Lidewij Wolters

Redactieadres

Weltevreden 61
3811 NR Amersfoort
redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl

Website

www.tijdschriftgedragstherapie.nl
tvg.boomtijdschriften.nl

Uitgever

Uitgeverij Boom
Postbus 15970, 1001 NL Amsterdam

Advertenties

klantenservice@boompsychologie.nl

Typografische verzorging

LINE UP boek en media bv, Groningen
(opmaak)
René van der Vooren, Amsterdam
(basisontwerp)

© 2023

Boom uitgevers Amsterdam/
Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie

Abonnementenadministratie

Uitgeverij Boom
Postbus 15970, 1001 NL Amsterdam
(020) 520 0120
abonnementen@boom.nl

Abonnementen

Leden en deelnemers van de VGCT en van de VVGT ontvangen *Gedragstherapie*, inclusief toegang tot het digitale archief, als onderdeel van hun lid- of deelnemerschap.

Voor de actuele prijzen en mogelijke abonnementsvormen, zie:
www.tijdschriftgedragstherapie.nl.

Abonnementenwetgeving

Vanwege de aard en inhoud van de uitgave wordt u geacht het abonnement in het kader van uw beroep of bedrijf te ontvangen en niet als consument op te treden in de zin van de artikelen art. 236 en 237 boek 6 BW. Mocht dit anders zijn, dan bent u gehouden dit binnen één maand na abonneren per e-mail, telefonisch, schriftelijk of anderszins bij de abonnementenadministratie van de uitgever aan te geven.



VGCT

Vlaamse Vereniging Voor
Gedragstherapie

.....

In ons geheugen is veel opgeslagen, waaronder persoonlijke ervaringen en gebeurtenissen. Deze houden verband met onze stemming, maar ook het omgekeerde lijkt te gelden (met name in de context van depressie). Kortweg: je stemming bepaalt hoe makkelijk je bepaalde herinneringen kunt ophalen (in een sombere stemming is het lastiger om positieve herinneringen op te halen), maar dit is tweerichtingsverkeer: de herinneringen die je ophaalt bepalen ook weer hoe je je voelt. Ik schrijf dit net voordat mijn zomervakantie begint. Er is veel werk dat nog afgemaakt moet worden (stress) en uit het nieuws krijg ik de indruk dat de wereld in brand staat; dit doet wel wat met mijn stemming en dus waarschijnlijk met de gebeurtenissen in het verleden waar ik aan denk.

In het eerste artikel (open access-bijdrage) vatten Livia van de Kraats, Janna Vrijsen en Jonas Everaert de literatuur rondom dergelijke geheugenprocessen bij depressie overzichtelijk voor je samen. In de volgende drie artikelen komen verschillende interventies aan bod. Miranda Tong Sang en Lieke van Domburgh beschrijven een groepsinterventie voor gezinnen met meer- of minderjarige kinderen met complexe problemen. Vervolgens wordt het gebruik van serious games in de ggz beschreven door Joanne Mouthaan, Marie-Louise Kullberg, Jessica Huss, Christiane Eichenberg en Maartje Schoorl. Tot slot volgt er een gevalsbeschrijving waarin Carine van Empelen en Michel Reinders bekende gedragstherapeutische interventies toepasten bij een voor velen vast onbekende problematiek: topsport en functioneel neurologische stoornis.

Daarna volgen maar liefst drie Forumbijdragen. Aurélie Nieuwenhuijse en collega's bespreken dwangmatig bewegen in de context van eetstoornissen. Simona Karbouniaris en collega's schreven een reactie op het artikel van Rafaële Huntjens en collega's over behandeling van traumagerelateerde klachten uit nummer 1 van dit jaar, waarna de eerste auteurs hier weer een reactie op schreven (bijdrage Agnes van Minnen en collega's). Een prikkelend debat met vele standpunten. Wat vind je als lezer zelf van?

Tot slot bespreekt Joop Bosch het boek *Tussen de oren? Misverstanden over functionele neurologische stoornis* van Vermeulen & Bouma (2023), dat mooi aansluit bij de eerdere gevalsbeschrijving in dit nummer. En Vincent van Bruggen recenseert *Cognitieve gedragstherapie: Verandering op maat* van Vanden Bogaerde en collega's (2022). De rubriek Voor u gelezen gaat over preventie van depressie door CGT gericht op insomnia.

Als je dit leest, heb je hopelijk een fijn, ontspannen gevoel na een heerlijke vakantie, waarbij de herinneringen aan die vakantie – en de mooie bijdragen in dit nummer – dit gevoel versterken!

Elske Saleminck
Hoofdredacteur

De relatie tussen expliciete geheugenbias en depressie¹

Een meta-analyse

LIVIA VAN DE KRAATS, JANNA VRIJSEN & JONAS EVERAERT

Samenvatting

Geheugenbias speelt volgens cognitieve modellen een belangrijke rol bij het verloop van depressie, maar momenteel is onbekend wanneer deze bias optreedt en hoe sterk deze is. Dit artikel rapporteert twee meta-analyses om de effectgrootte te schatten en moderatoren van geheugenbias te identificeren. De hoofdmeta-analyse vond een kleine totale effectgrootte voor expliciete geheugenbias bij depressie ($g = 0,241$, 95% CI [0,179, 0,304]), die onder meer werd gemodereerd door de emotionele valentie van stimuli, de diepte van verwerking en de geheugentaak. Opmerkelijk was dat de effectgrootte niet significant was bij depressie in remissie. De follow-up meta-analyse vond voor depressie in remissie wel een significante effectgrootte bij gebruik van stemmings- of stressinductie ($g = 0,273$, 95% CI [0,004, 0,542]). Uit deze meta-analyses blijkt dat depressie inderdaad wordt gekenmerkt door een expliciete geheugenbias, die mogelijk na herstel latent aanwezig blijft tot deze weer geactiveerd wordt. Dit maakt geheugenbias een interessant doel voor de verbetering van zowel diagnostiek als behandeling van depressie.

Trefwoorden: *geheugenbias, expliciet geheugen, cognitieve bias, depressie, meta-analyse*

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- De resultaten van deze meta-analytische review wijzen erop dat personen met huidige depressieve symptomen een disfunctionele bias vertonen in hoe zij

1 Dit artikel is een bewerkte vertaling van Everaert en collega's (2022), opgenomen met toestemming van de American Psychological Association.

emotionele informatie onthouden. Deze bias treedt vooral op wanneer zij zich positieve informatie proberen te herinneren.

- ▶ Personen die hersteld zijn van depressie laten deze bias mogelijk alleen zien wanneer zij een negatieve stemming hebben of zich gestrest voelen.
- ▶ Geheugenbias is mogelijk een behandeltarget: zowel huidig depressieve personen als herstelde personen die zich neerslachtig of gestrest voelen, zouden baat kunnen hebben bij interventies die focussen op het ophalen van positieve herinneringen.

INLEIDING

.....

Depressie is een veelvoorkomende psychische aandoening, die ernstig persoonlijk lijden en hoge maatschappelijke kosten veroorzaakt (Kessler & Bromet, 2013; World Health Organization, 2017). Ondanks therapeutische interventies blijven de percentages voor terugval, terugkeer en non-respons hoog (Munder et al., 2019; Vittengl et al., 2007). Om preventie en behandelingen te verbeteren is het belangrijk om de factoren te identificeren die depressie veroorzaken en onderhouden. Cognitieve modellen stellen dat emotionele vertekeningen, ofwel bias, in de informatieverwerking hierin een belangrijke rol spelen (Beck & Haigh, 2014; Bower, 1981; Clark et al., 1999; Hertel, 2004b; Ingram, 1984; Williams et al., 1997). Volgens deze modellen halen mensen met depressie meer negatieve en minder positieve herinneringen op uit het langetermijngeheugen (LTG). Deze geheugenbias zou zich voordoen in zowel het expliciete geheugen (waar bewust toegankelijke kennis wordt opgeslagen, zoals feiten en gebeurtenissen) als in het impliciete geheugen (waar niet-bewust toegankelijke kennis wordt opgeslagen, die wordt uitgedrukt door gedrag of uitvoering) (Gaddy & Ingram, 2014). Voornamelijk de expliciete LTG-bias zou bij depressie een belangrijke rol spelen (Beck & Haigh, 2014; Clark et al., 1999; Connolly et al., 2016; Goldstein et al., 2015; Hayden et al., 2013; Johnson et al., 2007; Williams et al., 1997), en is daarom een potent doelwit voor innovatieve cognitieve interventies (Visser et al., 2020) en therapieën (Edwards, 2007; Young et al., 2003).

Hoewel expliciete LTG-bias bij depressie wordt gezien als een robuust en consistent fenomeen (Gotlib & Joormann, 2010; LeMoult & Gotlib, 2019; Mathews & Macleod, 2005), laten de onderzoeksresultaten inconsistenties zien. Zo werd gevonden dat deze bias mogelijk niet voorkomt bij subklinische depressie (Matt et al., 1992), terwijl dit in later onderzoek juist wel gevonden werd (Bianchi et al., 2020; Ingram, 1984; Koster et al., 2010; Moilanen, 1993; maar zie ook: Cooper & Wade, 2015; Yovel & Mineka, 2004).

Wat tot nu toe ontbrak, is een uitgebreide meta-analyse die de grote hoeveelheid onderzoek naar geheugenbias samenvat en met elkaar verbindt. Met de huidige review willen we daarom de effectgrootte van expliciete LTG-bias bij depressie schatten en mogelijke factoren onderzoeken die de

inconsistenties in de onderzoeksresultaten kunnen verklaren. Empirische studies naar expliciete LTG-bias bij depressie verschillen namelijk sterk in hun focus op bepaalde kenmerken van de bias, de steekproef en de gebruikte taken. Het onderzoeken van deze kenmerken als moderatorvariabelen zou kunnen helpen de volgende vragen over expliciete LTG-bias bij depressie te beantwoorden: (1) Hoe uit expliciete LTG-bias zich bij depressie? (2) Wie vertoont een expliciete LTG-bias? (3) Wanneer treedt expliciete LTG-bias op bij depressie?

Hoe uit expliciete LTG-bias zich bij depressie?

Verondersteld wordt dat depressie gekenmerkt wordt door negatieve cognities (Clark et al., 1999; Williams, et al., 1997). Deze cognities weerspiegelen thema's als persoonlijk verlies, falen en ontbering (Beck & Perkins, 2001). Specifiek wordt verondersteld dat depressie gekenmerkt wordt door een vertekende verwerking van negatieve 'zelfrelevante' (dat wil zeggen: naar zichzelf verwijzende) informatie en een verminderde verwerking van positieve zelfrelevante informatie (Beck & Haigh, 2014; Clark et al., 1999). Dit cognitieve profiel van depressie zou verschillen van dat van angst, waarbij er sprake is van een overmatige focus op fysieke of psychologische dreiging of gevaar. In sommige studies werd bij depressie echter toch een angstachtige LTG-bias gevonden (Gotlib et al., 2004; zie ook: Lim & Kim, 2005; Rinck & Becker, 2005; Tarsia et al., 2003). Om effectieve cognitieve interventies te kunnen ontwikkelen, is het dus belangrijk om te verhelderen hoe specifiek de expliciete LTG-bias bij depressie is.

Wie vertoont een expliciete LTG-bias?

Leeftijdsgroep — Volgens het cognitieve model van Beck worden disfunctionele schema's gevormd tijdens de kindertijd en spelen deze schema's een cruciale rol bij depressie tijdens de volwassenheid (Beck & Haigh, 2014; Clark et al., 1999). Ook zouden (door deze schema's gestuurde) biases in informatieverwerking een relatief stabiel kenmerk van cognitieve kwetsbaarheid zijn (Dozois & Dobson, 2001a; Goldstein et al., 2015). Dit zou betekenen dat stemmingscongruente biases ongeacht leeftijd bestaan en dus voorkomen bij zowel minderjarigen als volwassenen. Er is relatief weinig onderzoek gedaan bij kinderen en adolescenten, en de resultaten zijn nogal gemengd: sommige studies vinden bij hen wel bewijs voor geheugenbias, maar andere vinden geen verschil tussen depressieve en niet-depressieve minderjarigen (Alloy et al., 2012; Asl et al., 2015; Bishop et al., 2004; Connolly et al., 2016; Dalgleish et al., 2003; Dujardin et al., 2014; Hughes et al., 1990; Reid et al., 2006). Het is belangrijk om te weten of expliciete LTG-bias bij zowel minderjarigen als volwassenen voorkomt, teneinde de vraag te

kunnen beantwoorden of deze cognitieve factor een mechanisme vormt dat gedurende het hele leven werkzaam is.

245

Gender — Onderzoek wijst uit dat vrouwen bijna twee keer zoveel kans hebben om een depressieve episode te ontwikkelen als mannen (Salk et al., 2017). Cognitieve factoren die gerelateerd zijn aan geheugenbias – zoals disfunctionele schema's en rumineren – komen waarschijnlijk ook vaker voor bij vrouwen (Bone et al., 2020; Kuehner, 2017) en de relatie tussen zelfrelevante negatieve herinneringen en depressieve symptomen zou bij adolescente vrouwen sterker kunnen zijn dan bij mannen (Bone et al., 2021). Het is daarom aannemelijk dat studies met relatief meer vrouwen relatief hogere effectgroottes genereren. Kennis van de cognitieve mechanismen die (gedeeltelijk) verantwoordelijk zijn voor genderverschillen bij depressie kan potentieel bijdragen aan het verkleinen van genderongelijkheid in toekomstige onderzoeken en behandeling.

Klinische status van depressie — Volgens cognitieve theorieën over depressie hangt de omvang van de geheugenbias af van de klinische status van de depressie (Clark et al., 1999; Ingram, 1984). Studies hebben daarom gebruikgemaakt van steekproeven van personen met klinische depressie, van niet-gediagnosticeerde personen met verhoogde niveaus van depressieve symptomen (vaak aangeduid als 'subklinische depressie') en van personen met depressie in remissie. Volgens theoretici verschilt klinische depressie kwalitatief van subklinische depressie wat betreft ernst en verslechtering van symptomen (Ingram & Siegle, 2009). Daarom wordt verwacht dat personen met een gediagnosticeerde depressieve stoornis een ernstigere expliciete LTG-bias vertonen dan niet-gediagnosticeerde personen met verhoogde depressieve symptomen. Verder voorspellen theoretische modellen dat LTG-bias een kwetsbaarheidsfactor is die ook *na* de depressieve episode aanhoudt (Clark et al., 1999; Ingram, 1984). Deze LTG-bias bij depressie in remissie zou ofwel een stabiel proces kunnen zijn dat continu in werking is, ofwel een latent proces dat wordt geactiveerd door stress of een negatieve stemming (Just et al., 2001). Momenteel is echter onduidelijk of er verschillen zijn in expliciete LTG-bias tussen groepen personen met subklinische depressie, met klinische vormen van depressie en met depressie in remissie.

Bovendien is nog weinig onderzocht hoe comorbiditeit studies naar LTG-bias beïnvloedt. Dit is wel belangrijk, aangezien depressie vaak gepaard gaat met andere mentale stoornissen, zoals angststoornissen (Brown et al., 2001). Het verwachte patroon van biases bij depressie zou kunnen veranderen door comorbiditeit, omdat andere psychische aandoeningen (zoals sociale angst en paniekstoornis) wellicht een ander patroon van cognitieve bias hebben (bijvoorbeeld een emotionele bias in eerdere stadia van informatieverwerking; Armstrong & Olatunji, 2012; Williams et al., 1988, 1997). Er is ook steeds meer bewijs dat geheugenbias optreedt bij verschillende psychische

stoornissen (Duyser et al., 2020; Herrera et al., 2017; Vrijzen et al., 2017) en gerelateerd is aan comorbide (sub)klinische depressie (Duyser et al., 2020). Dit bewijs suggereert dat expliciete LTG-bias mogelijk een rol speelt bij het gelijktijdig vóórkomen van psychische stoornissen en niet wordt beïnvloed door comorbiditeit van symptomen van verschillende aandoeningen.

Wanneer treedt expliciete LTG-bias op bij depressie?

In experimentele taken worden de condities voor het optreden van een bias gemanipuleerd. De deelnemers moeten tijdens deze taken meestal een lijst woorden of foto's met een negatieve, neutrale of positieve valentie coderen. Tijdens het coderen wordt hun gevraagd de gepresenteerde stimuli te bestuderen (bijvoorbeeld de foto's te bekijken of de woorden hardop voor te lezen) of zich een scène voor te stellen met de stimulus. Na een retentie-interval (een periode tussen het coderen en het ophalen uit het geheugen) moeten zij zich de gecodeerde stimuli herinneren tijdens een herinnerings- of herkenningstaak.

Diepte van informatieverwerking — De manier waarop deelnemers de informatie moeten verwerken verschilt dus tussen studies. De diepte van deze informatieverwerking zou latere geheugenprestaties beïnvloeden (Craik, 2002; Craik & Lockhart, 1972). De verwachting is dat *conceptuele verwerking* (bijvoorbeeld analyse van betekenis, gevolgtrekking en implicatie) leidt tot succesvollere herinnering dan *perceptuele verwerking* (bijvoorbeeld analyse van stimuluskenmerken, zoals oppervlak, vorm, kleur en helderheid). Omdat depressie wordt gekenmerkt door een verhoogde verwerking van negatieve informatie (Gotlib & Joormann, 2010; Ingram, 1984; Williams et al., 1988, 1997), wordt verondersteld dat een expliciete LTG-bias uitsluitend optreedt na conceptuele verwerking.

Een speciale vorm van conceptuele verwerking is *zelfrelevante verwerking*. Volgens theoretische modellen is een depressiegerelateerde bias in het geheugen duidelijk aanwezig wanneer de informatie iemands negatieve schema's (Clark et al., 1999) of geheugennetwerken (Ingram, 1984) aanspreekt. Om dit te onderzoeken gebruiken studies tijdens de taak verschillende instructies om deelnemers de gepresenteerde stimuli op een zelfrelevante ('In hoeverre beschrijft dit woord jou?') of op een niet-zelfrelevante manier ('Is dit een zelfstandig naamwoord?') te laten verwerken. Eerder onderzoek suggereert dat expliciete LTG-bias voornamelijk optreedt na zelfrelevante codering (Wisco, 2009), maar onduidelijk is of expliciete LTG-bias alleen in dat geval voorkomt. Omdat diepte van verwerking een centraal kenmerk is in cognitieve theorieën over depressie, is het belangrijk om te onderzoeken of zelfrelevante verwerking geheugenbias versterkt en of deze bias ook kan optreden wanneer stimuli op een perceptuele of niet-zelfrelevante conceptuele manier worden verwerkt.

Intentie van codering — In studies wordt ook gevarieerd met de intentie om te leren tijdens het coderen. Hiervoor wordt gebruikgemaakt van *incidentele* en *opzettelijke coderingstaken*. Bij incidentele coderingstaken worden deelnemers niet geïnstrueerd om de stimuli te onthouden die worden gepresenteerd tijdens een verkapte coderingstaak (bijvoorbeeld het beoordelen van de valentie van woorden). Deze verkapte coderingstaak wordt gevolgd door een onverwachte geheugentest. Bij opzettelijke coderingstaken worden deelnemers wel nadrukkelijk geïnstrueerd om de informatie te onthouden en worden ze geïnformeerd dat er een geheugentest zal volgen na codering. Opzettelijke codering van emotioneel materiaal verbetert doorgaans de daaropvolgende herinnering van het materiaal (Ruiz-Caballero & González, 1994), maar onduidelijk is of incidentele en opzettelijke codering een vergelijkbare of verschillende depressiegerelateerde bias voortbrengen in het expliciete LTG.

Expliciete geheugentaak — Er zijn vier grote geheugenmodellen gebruikt om expliciete LTG-bias bij depressie te onderzoeken, namelijk: (1) vrije herinnering (*free recall*), (2) *cued recall*, (3) *forced recall* en (4) herkenningstests. Bij een vrije herinneringstaak wordt deelnemers gevraagd zich eerder gecodeerde stimuli in willekeurige volgorde te herinneren (Reilly-Harrington et al., 1999; Romero et al., 2016). Cued recall houdt in dat deelnemers worden geïnstrueerd om woordstammen af te maken met stimuli uit de coderingstaak (Ilsley et al., 1995). Tijdens een forced recall-taak moeten deelnemers zich een vastgesteld aantal gecodeerde stimuli herinneren en zelfs gokken wanneer ze zich geen stimuli meer kunnen herinneren (Murray et al., 1999). Ten slotte worden bij herkenningstaken naast de aangeleerde stimuli ook afleidende stimuli gepresenteerd die niet in de taak voorkwamen. De deelnemers moeten dan besluiten of de stimuli oud of nieuw zijn (Ridout et al., 2003, 2009). Tijdens zowel recall- als herkenningstaken kunnen deelnemers bewust contextuele details ophalen die op het moment van codering aan het item gekoppeld waren. Het verschil tussen recall en herkennen is dat er tijdens recall-taken een reactie wordt opgeroepen, terwijl er tijdens herkenningstaken een antwoord wordt gekozen uit bestaande opties. Het begrijpen van verschillen tussen geheugenbias voor recall- en herkenningstaken kan helpen om de aard van expliciete LTG-bias bij depressie te karakteriseren.

Huidige review

Deze studie beoogde een uitgebreide kwantitatieve samenvatting te geven van bijna vijf decennia onderzoek naar emotionele bias in het expliciete geheugen bij depressie. Het eerste doel was om de totale effectgrootte van expliciete LTG-bias bij depressie vast te stellen. Het tweede doel was om te

beoordelen welke kenmerken van de geheugenbias, de steekproef en de taak de algehele effectgrootte modereren.

Om deze doelstellingen te bereiken werden twee afzonderlijke meta-analyses uitgevoerd. De hoofdmeta-analyse onderzocht natuurlijke variaties van expliciete LTG-bias in steekproeven van personen met subklinische depressie, klinische depressie en depressie in remissie. Naar aanleiding van de bevindingen onderzocht een follow-up meta-analyse expliciete LTG-bias bij depressie in remissie zowel onder natuurlijke omstandigheden, als na een stemmings- of stressinductie, teneinde te bepalen of het bij expliciete LTG-bias bij depressie in remissie gaat om een kwetsbaarheid die wordt geactiveerd door stress of een negatieve stemming.

Dit onderzoek naar expliciete LTG-bias in verschillende steekproeven met depressie is nodig om empirisch onderbouwde conclusies te kunnen trekken over de sterkte van de relatie tussen depressie en expliciete LTG-bias. De bevindingen kunnen toekomstige theorieën verder verfijnen, als ook onderzoek en behandelingen sturen die gericht zijn op expliciete LTG-bias bij depressie.

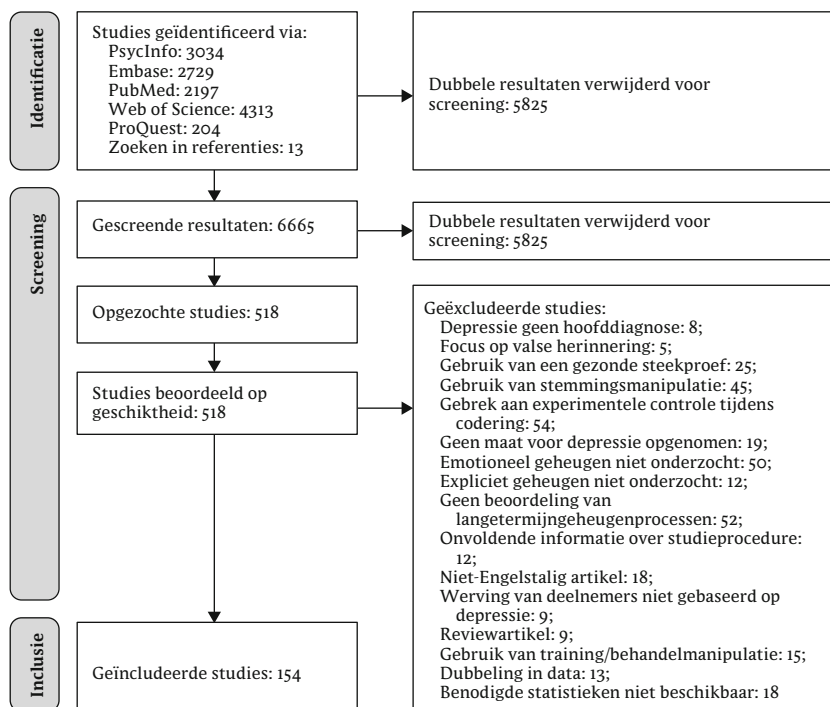
METHODE

Identificatie en selectie van studies

Studies werden verzameld via de elektronische databases PsycINFO, Embase, ISI Web of Science en PubMed tot en met augustus 2021. Om zoveel mogelijk relevante studies te vinden, werd de volgende Engelstalige zoekopdracht in de databases ingevoerd: (depress* OR dysphor* OR dysthym* OR 'mood disorder*' OR 'affective disorder') AND (encod* OR memor* OR remember* OR mnemonic* OR recall OR recog* OR recollect* OR schema* OR retriev*) AND (self-referent* OR mood-congruen* OR bias* OR autobiograph*). Daarnaast werden dezelfde zoektermen gebruikt om ongepubliceerde studies te vinden in ProQuest Dissertations and Theses. Ten slotte zochten we handmatig binnen de referentielijsten van relevante artikelen, om er zeker van te zijn dat zoveel mogelijk relevante studies in aanmerking kwamen voor inclusie. Voor een gedetailleerde beschrijving van de criteria waar een studie aan moest voldoen, verwijzen wij u graag naar het Engelstalige artikel over dit onderzoek (Everaert et al., 2022).

Het literatuuronderzoek en het selectieproces zijn weergegeven in het PRISMA flowdiagram (zie figuur 1). In totaal zijn 141 artikelen geïncludeerd. Deze artikelen beschreven resultaten van 154 onafhankelijke studies (N = 13.518) en 695 contrasten. Om betrouwbaarheid te garanderen werd de selectie door twee auteurs onafhankelijk van elkaar uitgevoerd. Op basis van de criteria beoordeelden beiden de artikelen op relevantie. De inter-

beoordelaarsbetrouwbaarheid was uitstekend ($Kappa = 0,989$). Over meningsverschillen werd gediscussieerd tot er consensus was bereikt.



FIGUUR 1 Flowdiagram van het literatuuronderzoek en het selectieproces voor de hoofdmeta-analyse

Meta-analytische procedure

De Hedges' g -statistiek werd gebruikt als de maat voor de effectgrootte. Dit is een veelgebruikte maat, die het gestandaardiseerde verschil tussen gemiddelden weergeeft (Hedges & Olkin, 1985). Het Engelstalige artikel over dit onderzoek (Everaert et al., 2022) geeft meer informatie over de berekeningen van Hedges' g . Waarden van g tussen 0,2 en 0,5, 0,5 en 0,8, en $\geq 0,8$ kunnen respectievelijk geïnterpreteerd worden als klein, matig en groot (Cohen, 1988).

Three-level random-effects-modellen met een beperkte *maximum likelihood estimation* werden geschat in R versie 4.1.2 (R Core Team, 2021). Het three-level meta-analytische model is een sterke methode om rekening te houden met afhankelijkheden tussen effectgroottes (zoals meerdere effectgroottes van één steekproef). Dit is een belangrijk voordeel, omdat de meeste studies in deze meta-analyse meerdere contrasten van geheugenbias

rapporteerden (zoals vergelijkingen binnen en tussen groepen, en recall van positieve en negatieve herinneringen).

Moderatoranalyses werden vervolgens uitgevoerd om te onderzoeken welke variabelen mogelijke variatie in de algemene effectgrootte verklaren. Hiertoe werden dezelfde gelijkaardige modellen geschat voor elke kandidaat-moderatorvariabele. Moderatoranalyses werden alleen uitgevoerd als elk niveau van de moderatorvariabele minimaal vijf onderzoeken bevatte (bijvoorbeeld minimaal vijf studies die LTG-bias onderzochten bij klinische depressie). Dit is belangrijk, omdat parameterschattingen minder accuraat zijn wanneer het aantal studies erg klein is.

Verder werd het risico op vertekening van de onderzoeksresultaten onderzocht. Ten eerste werden kenmerken van de methodologische kwaliteit van de geïncludeerde studies onderzocht als moderators van de totale effectgrootte. Ten tweede werden de effectgroottes in gepubliceerde en niet-gepubliceerde onderzoeken vergeleken door middel van moderatoranalyse. Ten derde werden trechterplots onderzocht om vast te stellen of kleine studies systematisch grotere puntschattingen opleverden dan grotere studies (Jin et al., 2015). Een trechterplot toont de effectgrootte van elke studie op de x-as en de bijbehorende standaardfout op de y-as. Als er geen vertekening is, heeft de plot een trechtersvorm, met studies die verspreid en symmetrisch verdeeld zijn rond de gepoolde effectgrootte (Borman & Grigg, 2009). Aanvullende analyses werden uitgevoerd om vertekening door selectieve publicatie en rapportage te onderzoeken. Voor de details van deze analyses verwijzen wij u graag naar het Engelstalige artikel (Everaert et al., 2022).

RESULTATEN

.....

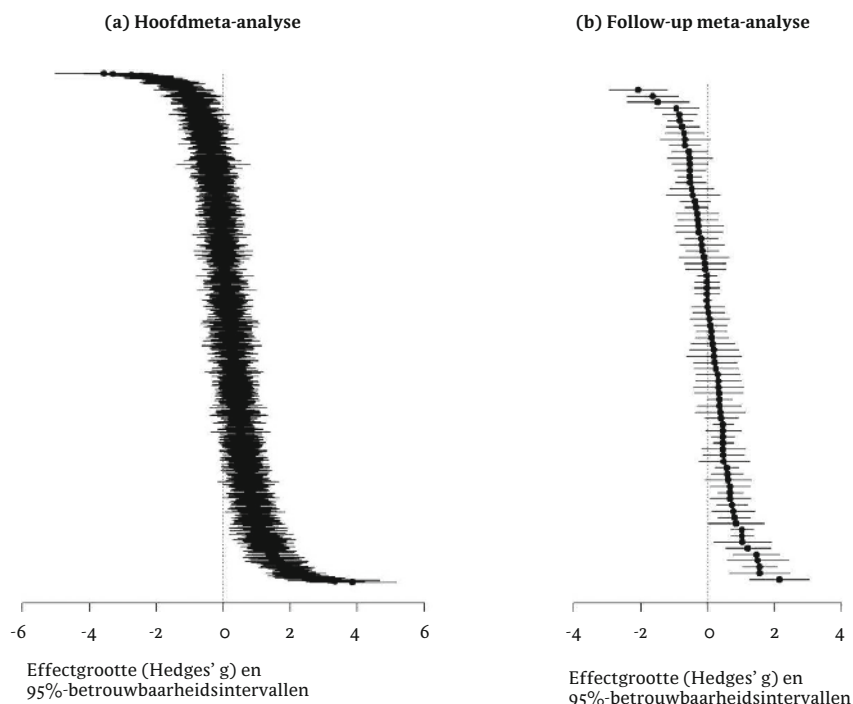
Totale effectgrootte en heterogeniteit tussen effectgroottes

.....

De resultaten lieten een totale effectgrootte zien van $g = 0,28$, 95% CI [0,20, 0,37], 95% PI [-1,21, 1,78], $p < 0,001$. Echter, analyse van uitschieters identificeerde 9 contrasten uit 4 onafhankelijke samples (Callahan et al., 2017; Dozois & Dobson, 2001b; Moulds et al., 2007; Sloan et al., 2001). Deze geschatte uitschietende effectgroottes kunnen van invloed zijn op de precisie en interpretatie van de totale effectgrootte en werden daarom uitgesloten van latere analyses.

Het model zonder deze uitschieters (686 contrasten, 153 onderzoeken) leverde een significante totale effectgrootte op van $g = 0,24$, 95% CI [0,179, 0,304], 95% PI [-1,05, 1,54], $p < 0,001$. Dit is consistent met de hypothese dat een geheugenbias voorkomt bij depressie. Zoals verwacht, was er significante variatie tussen effectgroottes binnen studies ($\sigma^2 = 0,40$, $\chi^2(1) = 1708,89$,

$p < 0,001$) en tussen studies ($\sigma^2 = 0,03$, $\chi^2(1) = 7,62$, $p = 0,006$). Van de totale variantie in effectgroottes werd 7% verklaard door variantie tussen onderzoeken, 82% door variantie tussen effectgroottes van dezelfde studie, en 11% door steekproefvariantie. Het is daarom relevant om moderatoranalyses uit te voeren om deze variatie te verklaren. In de rupsgrafiek in figuur 2 zijn de effectgroottes met bijbehorende 95%-betrouwbaarheidsintervallen weergegeven.



FIGUUR 2 Rupsgrafieken voor de hoofd- en follow-up meta-analyse. De figuren geven de effectgroottes weer van individuele contrasten voor elke studie met bijbehorende 95%-betrouwbaarheidsintervallen.

Moderatoranalyses

Kenmerken van de geheugenbias, steekproef en taak werden onderzocht als mogelijke factoren die kunnen bijdragen tot variatie in effectgroottes. Tabel 1 geeft de resultaten van de moderatoranalyses weer.

Hoe uit expliciete LTG-bias zich bij depressie? — Het effect van *emotionele valentie* was significant ($F(2, 571) = 5,91$, $p = 0,003$). De effectgroottes van geheugenbias in depressie waren positief en significant voor negatief

TABEL 1 Effect van moderators op de relatie tussen expliciete LTG-bias en depressie voor de hoofd- en follow-up meta-analyse

Hoofdmeta-analyse			n	k	g (SE)	95% PI	t(Satt df)	p(Satt)
Hoe uit expliciete geheugenbias zich bij depressie?	Emotionele valentie*	Negatief	278	141	0,201 (0,053)	[-1,11, 1,51]	3,802 (109,70)	< 0,001
		Positief	254	124	0,375 (0,051)	[-0,93, 1,68]	7,360 (98,40)	< 0,001
		Dreiging	42	27	0,050 (0,167)	[-1,28, 1,38]	0,301 (21,10)	0,767
Wie vertoont een expliciete geheugenbias?	Leeftijdsgroep	Volwassenen	577	127	0,219 (0,032)	[-1,07, 1,51]	6,890 (103,00)	< 0,001
		Minderjarigen	109	25	0,348 (0,101)	[-0,95, 1,65]	3,450 (18,50)	0,013
	Gendersamenstelling		633	143	0,001 (0,002)	[-1,11, 1,57]	0,430 (28,30)	0,670
	Klinische status	Klinisch	322	76	0,233 (0,039)	[-1,07, 1,54]	5,941 (63,70)	< 0,001
		Subklinisch	275	66	0,278 (0,053)	[-1,03, 1,58]	5,264 (49,70)	< 0,001
		In remissie	56	15	0,050 (0,099)	[-1,27, 1,37]	0,505 (11,80)	0,623
Wanneer treedt expliciete geheugenbias op bij depressie?	Diepte van verwerking*	Perceptueel	148	33	0,150 (0,061)	[-1,14, 1,44]	2,450 (28,90)	0,020
		Conceptueel-nZrel	286	68	0,172 (0,040)	[-1,12, 1,46]	4,34 (56,30)	< 0,001
		Conceptueel-Zrel	240	67	0,367 (0,061)	[-0,92, 1,66]	5,99 (55,20)	< 0,001
	Intentie van codering	Incidenteel	451	107	0,272 (0,040)	[-1,02, 1,56]	6,790 (85,90)	< 0,001
		Opzettelijk	232	45	0,161 (0,047)	[-1,13, 1,45]	3,420 (35,20)	0,002
	Expliciete geheugen-taak*	Vrije herinnering	483	112	0,289 (0,040)	[-1,02, 1,59]	7,270 (86,40)	< 0,001
		Herkenning	170	42	0,104 (0,049)	[-1,20, 1,41]	2,130 (35,30)	0,040

Risico op vertekening	Onderdelen van studie-kwaliteit	Rapportage Externe validiteit Bias Confounding Power Nee/onduidelijk Ja	n	k	g (SE)	95% PI	t(Satt df)	p(Satt)
			686	153	-0,308 (0,248)	[-1,05, 1,54]	1,240 (59,00)	0,220
			686	153	-0,011 (0,080)	[-1,05, 1,54]	0,138 (57,60)	0,891
			686	153	0,291 (0,284)	[-1,05, 1,54]	1,024 (13,30)	0,324
			686	153	-0,241 (0,133)	[-1,05, 1,53]	1,800 (41,80)	0,079
			628	139	0,224 (0,030)	[-1,07, 1,51]	7,521 (109,60)	< 0,001
			58	14	0,389 (0,168)	[-0,92, 1,69]	2,317 (11,10)	0,041
	Publicatie-status*	Ongepubliceerd Gepubliceerd	107	17	0,074 (0,054)	[-1,22, 1,37]	1,360 (12,10)	0,200
			579	136	0,266 (0,035)	[-1,02, 1,56]	7,660 (110,40)	< 0,001
Follow-up meta-analyse								
Hoe uit expliciete geheugenbias zich bij depressie?	Stemmings-inductie	Inductie	27	7	0,273 (0,106)	[-0,94, 1,49]	2,570 (5,28)	0,048
	Emotionele valentie	Negatief Positief	30	15	0,063 (0,102)	[-1,13, 1,26]	0,621 (11,96)	0,548
			31	18	0,203 (0,165)	[-1,10, 1,51]	1,228 (14,70)	0,239
				19	0,247 (0,158)	[-1,06, 1,55]	1,565 (15,60)	0,138
Risico op vertekening	Rapportage Externe validiteit Bias	Rapportage Externe validiteit Bias	80	21	0,306 (0,728)	[-1,07, 1,33]	0,420 (8,77)	0,685
	Confounding	Confounding	80	21	-0,084 (0,222)	[-1,07, 1,35]	0,377 (9,09)	0,715
			80	21	-0,222 (0,581)	[-1,07, 1,33]	0,382 (7,53)	0,713
			80	21	-0,182 (0,256)	[-1,07, 1,33]	-0,709 (5,08)	0,509

Noot. n = aantal contrasten; k = aantal studies; g = gemiddelde effectgrootte (Hedges' g); 95%-PI = 95% Prediction Interval; * = statistisch significante moderator (0,05 drempelwaarde)

en positief materiaal, maar niet significant voor dreigingsgerelateerd materiaal (zoals we zien bij angststoornissen). Hierbij is van belang dat de effectgrootte voor positief materiaal groter was dan die voor negatief materiaal (geschat verschil: $g = 0,17$, 95% CI [0,019, 0,328], $p = 0,028$). Deze bevindingen tonen aan dat personen met depressie(symptomen) meer negatieve en minder positieve herinneringen ophalen, waarbij vooral deze laatste vertekening relatief sterker is.

Wie vertoont een expliciete LTG-bias? — Het effect van *leeftijdsgroep* was niet significant ($F(1, 684) = 2,34$, $p = 0,126$): effectgroottes waren positief en significant voor zowel steekproeven van minderjarigen als volwassenen. Ook voor *gender* werd geen significant effect gevonden ($F(1, 631) = 0,18$, $p = 0,670$). LTG-bias komt dus voor onafhankelijk van leeftijdsgroep en geslacht.

Hetzelfde geldt voor *klinische status van depressie* ($F(2, 650) = 1,97$, $p = 0,141$): de effectgroottes bij zowel steekproeven met klinische als die met subklinische depressie waren positief en significant. Daarmee blijkt er geen verschil tussen studies en contrasten die deze varianten van depressie onderzoeken met betrekking tot LTG-bias. Het is belangrijk om hierbij op te merken dat de effectgrootte voor steekproeven met depressie in remissie niet significant verschilde van nul. Kortom, er is geen evidentie voor een LTG-bias bij personen met depressie(symptomen) in remissie.

Wanneer treedt expliciete LTG-bias op bij depressie? — Het effect van *diepte van informatieverwerking* was significant ($F(2, 671) = 5,55$, $p = 0,004$). Positieve en significante effectgroottes werden gevonden voor alle condities, maar de effectgrootte voor zelfrelevant coderen was groter dan de effectgrootte voor niet-zelfrelevant coderen en voor perceptueel coderen. Er was geen significant verschil tussen effectgroottes van niet-zelfrelevant conceptueel en perceptueel coderen. Deze resultaten geven aan dat LTG-bias voornamelijk voorkomt onder omstandigheden waarbij men informatie verwerkt op een manier die gerelateerd is aan zichzelf als persoon.

Het effect van *intentie van coderen* was niet significant ($F(1, 681) = 2,80$, $p = 0,095$): effectgroottes waren positief en significant voor zowel incidentele als intentionele codeertaken. Een LTG-bias komt dus voor zowel na intentioneel als na niet-intentioneel verwerken van informatie.

Verder was het effect van de *expliciete geheugentaak* significant ($F(1, 651) = 6,90$, $p = 0,009$). Effectgroottes waren significant groter wanneer emotioneel geheugen werd onderzocht met behulp van een vrije herinneringstaak vergeleken met een herkenningstaak (geschat verschil: $g = -0,19$, 95% CI [0,059, 0,311], $p = 0,005$). De effectgrootte voor herkenningstaken was statistisch significant. Hiermee doet LTG-bias zich voornamelijk voor onder minder gestructureerde condities van vrije herinneringstaken.

Verklaarde heterogeniteit in effectgroottes

255

Een three-level model dat alle significante moderatoreffecten bevatte werd toegepast om door moderators verklaarde variantie te onderzoeken. Dit model schatte alleen effectgroottes waarvan data op alle moderators beschikbaar was. Net als in eerder werk (Houben et al., 2015) werden de variantiecomponenten van het model met alle moderators vergeleken met het *intercept-only* model dat dezelfde effectgroottes bevatte. De resultaten toonden aan dat de variantie binnen studies met 3,03% was verminderd ($\chi^2(1) = 1215,14, p < 0,001$). Er bleef echter significante variatie tussen effectgroottes binnen studies bestaan ($\sigma^2 = 0,43, \chi^2(1) = 1215,14, p < 0,001$). De variantie tussen studies was verminderd met 100% ($\chi^2(1) = 0,00, p = 1,000$), waardoor alle variatie in effectgroottes tussen studies verklaard werd.

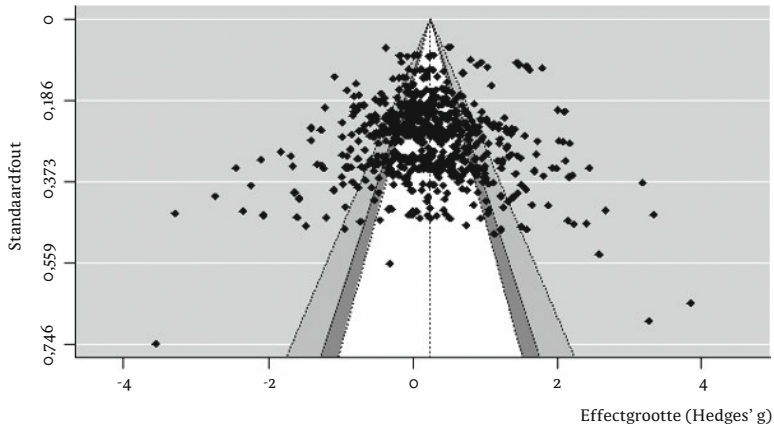
Risico op vertekening

Er zijn verschillende benaderingen gebruikt om de robuustheid van de geschatte effecten in deze meta-analyse te bepalen. Hieronder volgt een samenvatting, voor de details verwijzen we u graag naar het Engelstalige artikel over dit onderzoek (Everaert et al., 2022).

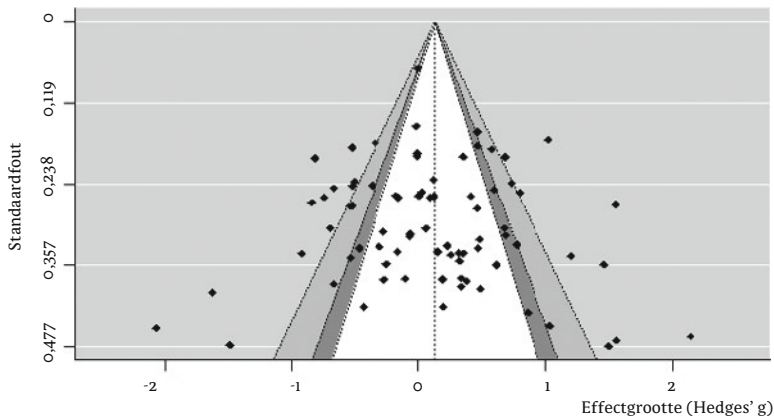
Ten eerste werden verschillende aspecten van de methodologische kwaliteit van de studies onderzocht als moderator, welke de sterkte van de geheugenbias niet bleken te moduleren. Kwaliteitsbeoordelingen voor elk criterium worden weergegeven in tabel 2. Er kwamen enkele duidelijke zwakheden naar voren. Zo rapporteerden weinig studies een poweranalyse om de steekproefomvang te onderbouwen, en werden exacte *p*-waarden voor alle statistische tests, evenals eventuele *withdrawals* en *drop-outs* (mensen die respectievelijk actief of passief met de studie stopten), vaak niet vermeld. Bovendien werd niet consequent beschreven in hoeverre de uitgenodigde en geworven onderzoeksdeelnemers representatief waren voor de populatie.

Ten tweede werden de effectgroottes in gepubliceerde versus ongepubliceerde studies vergeleken door middel van moderatoranalyse. De resultaten toonden aan dat het effect van publicatiestatus significant was ($F(1, 684) = 4,57, p = 0,033$). In gepubliceerde onderzoeken werden sterkere effectgroottes gerapporteerd dan in niet-gepubliceerde onderzoeken (geschat verschil: $g = 0,19, 95\% \text{ CI } [0,06, 0,33], p = 0,009$). Dit suggereert dat studies met nul- of negatieve bevindingen minder kans hadden gepubliceerd te worden. Ten slotte bleek uit inspectie van de trechterplot (zie figuur 3) dat er geen *small-study*-effecten waren. Dit wijst erop dat de effecten van kleinere studies niet systematisch verschilden van die van grotere studies.

(a) Hoofdmeta-analyse



(b) Follow-up meta-analyse



FIGUUR 3 Trechterplots voor de hoofdmeta-analyse (a) en de follow-up meta-analyse (b). Een trechterplot toont de effectgrootte van elke studie op de x-as en de bijbehorende standaardfout op de y-as. Als er geen vertekening is, heeft de plot een trechtersvorm, met studies die verspreid en symmetrisch verdeeld zijn rond de gepoolde effectgrootte.

Aanleiding en resultaten follow-up meta-analyse

Uit de resultaten blijkt dat depressie wordt gekenmerkt door een expliciete LTG-bias. Er werd echter geen significant effect gevonden voor onderzoeken naar depressie in remissie, wat de hypothese uitdaagt dat expliciete LTG-bias aanhoudt na een depressieve episode en een cognitieve kwetsbaarheidsfactor van depressie vormt. Er moet echter worden opgemerkt dat de eerste meta-analyse uitsluitend onderzoeken bevatte die natuurlijke variaties in geheugenbias onderzochten. Hierdoor werden onderzoeken uitgesloten die

TABEL 2 Scores op de checklist voor het vaststellen van de kwaliteit

Item		Hoofdmeta-analyse		Follow-up meta-analyse	
		M	SD	M	SD
Rapportage					
1	Hypotheses, doelen en doelstellingen duidelijk vastgesteld?	0,99	0,08	1,00	0,00
2	Primaire uitkomstmaat duidelijk beschreven?	0,99	0,08	1,00	0,00
3	Deelnemerskarakteristieken duidelijk beschreven?	0,83	0,38	1,00	0,00
4	Studieprocedure duidelijk beschreven?	1,00	0,00	1,00	0,00
5	Beschouwing van de belangrijkste confounders?	0,62	0,49	0,86	0,36
6	Belangrijkste bevindingen duidelijk beschreven?	0,97	0,18	1,00	0,00
7	Rapportage van schattingen voor willekeurige variabiliteit van de belangrijkste uitkomsten?	0,88	0,32	0,90	0,30
8	Withdrawals en drop-outs gerapporteerd?	0,32	0,47	0,48	0,51
9	Exacte <i>p</i> -waarden gerapporteerd?	0,28	0,45	0,43	0,51
Externe validiteit					
10	Uitgenodigde deelnemers representatief?	0,41	0,49	0,43	0,51
11	Geworven deelnemers representatief?	0,19	0,39	0,14	0,36
Interne validiteit – bias					
12	<i>Data-dredging</i> aangegeven?	0,90	0,30	0,90	0,30
13	Geschikte toepassing van statistische tests?	1,00	0,00	1,00	0,00
14	Valide en betrouwbare methoden gebruikt voor het vaststellen van depressie?	0,99	0,08	1,00	0,00
15	Primaire uitkomstmaten voor geheugen niet-vertekend en correct?	0,98	0,14	0,81	0,40
Interne validiteit - confounding					
16	Deelnemers geworven uit dezelfde populatie?	0,56	0,50	0,67	0,48
17	Deelnemers geworven binnen hetzelfde tijdsbestek?	0,85	0,36	0,62	0,50
18	Verschillen tussen groepen op belangrijkste confounders? Waren depressiescores gerelateerd aan een van deze demografische variabelen?	0,37	0,48	0,24	0,44
19	Adequate aanpassing voor confounding?	0,79	0,41	0,52	0,51
20	Werden missende data op passende wijze verwerkt?	0,92	0,27	0,81	0,40
Power					
21	Rapportage van poweranalyse of adequate steekproefgrootte	0,10	0,30	0,05	0,22

Noot. Alle items hebben een maximale score van 1,00.

een stemmings- of stressmanipulatie gebruikten om een stemmingscongruente bias van expliciete LTG te activeren of teweeg te brengen. Het is echter aannemelijk dat expliciete LTG-bias bij depressie in remissie een kwetsbaarheidsfactor vormt die juist wordt geactiveerd door stress of een negatieve stemming, wat een hypothese is die aansluit bij de meeste cognitieve modellen (Beck & Haigh, 2014; Bower, 1981; Ingram, 1984).

Om deze mogelijkheid te onderzoeken werd een follow-up meta-analyse uitgevoerd, die zich richtte op expliciete LTG-bias bij depressie in remissie onder zowel natuurlijke als geïnduceerde stemmingsomstandigheden of stressoren. In deze follow-up werden 21 studies opgenomen. In zeven hiervan werd stemmings- of stressinductie toegepast. Samengevat vonden we ook in deze analyse geen significante totale effectgrootte ($g = 0,131$, 95% CI $[-0,045, 0,307]$), maar wel een significante effectgrootte voor studiecondities waarbij gebruik werd gemaakt van stemmings- of stressinductie ($g = 0,273$, 95% CI $[0,004, 0,542]$). Voor een uitgebreide beschrijving van de resultaten van deze follow-up analyse, zie Everaert en collega's (2022).

DISCUSSIE

.....

De huidige meta-analyse ondersteunt een klein maar significant effect voor een natuurlijke expliciete LTG-bias in depressie. De effectgrootte is in overeenstemming met cognitieve modellen van depressie (Beck & Haigh, 2014; Bower, 1981; Hertel, 2004a; Ingram, 1984; Williams et al., 1997), literatuuroverzichten (Bogie et al., 2019; LeMoult & Gotlib, 2019; Wisco, 2009) en een eerdere meta-analyse (Matt et al., 1992). Uit de resultaten van de follow-up meta-analyse kwam daarnaast bewijs naar voren voor een expliciete LTG-bias bij depressie in remissie, maar alleen wanneer er een stemmingsinductie toegepast was om de geheugenbias te activeren. In beide meta-analyses werd significante variatie gevonden tussen effectgroottes binnen of tussen studies. Vooraf bepaalde moderators zijn onderzocht om mogelijke variabelen die bijdragen tot deze verschillen vast te stellen en antwoorden op de volgende drie kernvragen te formuleren.

Hoe uit expliciete LTG-bias zich bij depressie?

.....

De resultaten ondersteunen theorieën die stellen dat depressie wordt gekenmerkt door zowel een negatieve geheugenbias als een gebrek aan een positieve geheugenbias (Beck & Haigh, 2014; Bower, 1981; Clark et al., 1999; Hertel, 2004a; Ingram, 1984; Williams et al., 1988, 1997). Het kleine tot matige effect voor een verminderde positieve geheugenbias bleek sterker te zijn dan het kleine effect voor een negatieve bias. Dit is opmerkelijk, omdat het gros van het onderzoek zich richt op hoe negatieve informatie

verwerkt wordt (Everaert et al., 2012; Gotlib & Joormann, 2010; LeMoult & Gotlib, 2019) en depressie bovendien als een 'negatieve stoornis' wordt gezien. Dit verschil in omvang benadrukt dat het belangrijk is om het gebrek aan positieve emotie mee te wegen in de interacties tussen cognitie en emotie bij depressie. Een verminderde positieve geheugenbias kan namelijk verminderd positief affect en anhedonie helpen verklaren als kenmerkende symptomen van depressie (APA, 2014), evenals problemen met de positieve emotieregulatie die laag positief affect onderhouden (Vanderlind et al., 2020, 2021). Deze bevinding heeft bovendien implicaties voor opkomende cognitieve trainingen die in aanvulling op standaardbehandeling of als *e-mental health* preventietool aangeboden kunnen worden: *cognitive bias modification* (CBM) gericht op het geheugen (Becker et al., 2015; Visser et al., 2020; Vrijzen et al., 2016). Deze technieken richten zich specifiek op het versterken van het expliciete positieve automatische geheugen.

Wie vertoont een expliciete LTG-bias?

Het onderzoek naar potentiële leeftijdsgelateerde verschillen wees erop dat minderjarigen en volwassenen een bias vertonen die vergelijkbaar is in grootte. Hoewel dit overeenkomt met de theorie die stelt dat de bias gevormd wordt tijdens de kindertijd (Beck & Haigh, 2014; Clark et al., 1999; Dozois & Dobson, 2001a), biedt dit alleen indirecte steun voor het idee van geheugenbias als een stabiele cognitieve factor. Longitudinaal onderzoek is nodig om personen te volgen tijdens transitie gedurende het leven, teneinde te ontdekken wanneer expliciete LTG-bias in depressie opkomt en stabiliseert.

Studies met een hoger percentage vrouwelijke deelnemers leverden geen grotere effectgroottes op. Dit is opvallend, want recent werk suggereert dat de associatie tussen depressieve symptomen en geheugenbias sterker is bij adolescente vrouwen (Bone et al., 2021). Het is echter mogelijk dat deze sterkere associatie alleen voorkomt tijdens ontwikkelingsperioden met een verhoogd risico op psychopathologie, zoals de adolescentie (Kessler et al., 2005). Verder onderzoek is daarom nodig om potentiële genderverschillen in geheugenbias gedurende alle levensfasen te onderzoeken.

De bevinding dat personen met klinische depressie mogelijk geen ernstigere expliciete LTG-bias vertonen dan niet-gediagnosticeerde personen met verhoogde depressieve symptomen, suggereert dat klinische depressie wellicht niet kwalitatief verschilt van niet-klinische vormen wat betreft expliciete LTG-bias. Bij het onderzoeken van deze bias zou een dimensionele aanpak daarom geschikter kunnen zijn dan het gebruik van een strikte klinische diagnostische cut-off om kwetsbaarheid voor depressie te onderzoeken (Gibb et al., 2004; Sanislow, 2020). Vanwege het beperkte aantal studies was het helaas niet mogelijk om in deze meta-analyse te testen of de aanwezigheid van andere psychische aandoeningen de sterkte van de effectgrootte

verandert. Het onderzoeken van de rol van comorbiditeit is een interessante richting voor toekomstige meta-analytische reviews.

De opmerkelijkste bevinding was dat er in de hoofdmeta-analyse geen bewijs werd gevonden voor een expliciete LTG-bias bij depressie in remissie onder natuurlijke omstandigheden. De follow-up meta-analyse omvatte daarom ook studies waarbij stemmingsinductie werd gebruikt. Hieruit bleek dat een geheugenbias in depressie mogelijk alleen voorkomt na een stemmings- of stressinductie. Deze observatie bevestigt voorspellingen van cognitieve modellen dat expliciete LTG-bias blijft bestaan na een depressieve episode (Clark et al., 1999; Ingram, 1984) als een latent proces dat wordt geactiveerd door stress of een negatieve stemming (Just et al., 2001). Ook komt deze observatie overeen met een eerdere meta-analyse, die een sluimerend gebrek in LTG-capaciteit na herstel liet zien (Semkovska et al., 2019). Het is echter belangrijk om dit resultaat voorzichtig te interpreteren, want slechts zeven studies naar depressie in remissie gebruikten stemmingsinductie. Dit aantal is lager dan de aanbevolen tien studies die nodig zijn om een kenmerk te includeren in moderatoranalyses (Harrer et al., 2021; Higgins et al., 2022).

Wanneer treedt expliciete LTG-bias op bij depressie?

De bevindingen op dit gebied kunnen met name relevant zijn voor het design van toekomstig onderzoek. Dat kan dan namelijk rekening houden met de diepte van verwerking en het gebruik van vrije herinnerings- of herkenningstaken. Uit de resultaten bleek dat zelfrelevant coderen gelinkt is aan een sterkere expliciete LTG-bias in depressie. Dit komt overeen met theoretische modellen die stellen dat een dergelijke bias getriggerd wordt door informatie die relevant is voor de negatieve schema's van deze persoon (Clark et al., 1999) of diens geheugennetwerken (Ingram, 1984). Ook draagt deze bevinding bij aan het toenemende aantal studies dat erop wijst dat zelf-relevante verwerking een cruciaal cognitief kenmerk van depressie is (Alloy et al., 1997; Connolly et al., 2016; Dainer-Best et al., 2017). Studies die niet-zelfrelevante conceptuele codering gebruikten, leverden echter geen grotere effectgroottes op dan studies met perceptuele condities, wat niet overeenkomt met andere modellen over diepte van verwerking die ervan uitgaan dat conceptuele verwerking leidt tot een verhoogde daaropvolgende herinnering (Craig, 2002; Craig & Lockhart, 1972). Deze afwezigheid van verschillen staat ook op gespannen voet met theorieën die stellen dat een sterkere expliciete LTG-bias zou voorkomen na conceptuele verwerking (Ingram, 1984; Williams et al., 1988, 1997). Samen wijzen deze bevindingen erop dat de diepte van verwerking tijdens het coderen van emotioneel materiaal niet bepaalt of een expliciete LTG-bias voorkomt, maar alleen bijdraagt aan de omvang van de resulterende bias.

Uit de hoofdmeta-analyse kwamen statistisch significante effecten naar voren voor zowel incidentele als opzettelijke coderingstaken, maar het ver-

schil tussen beide vormen was niet significant. Hoewel opzettelijk coderen van emotioneel materiaal doorgaans het geheugen voor het gecodeerde materiaal vergroot (Ruiz-Caballero & González, 1994), suggereren deze resultaten dat expliciete LTG-bias in depressie relatief robuust is voor variaties in intentionaliteit tijdens het coderen.

Ook factoren die meespelen tijdens het ophalen van informatie uit het geheugen kunnen impact hebben op expliciete LTG-bias in depressie. Het feit dat vrije herinnering grotere effecten opleverde dan herkenningstaken suggereert dat ze wellicht mechanistische verschillen hebben, ook al worden beide taken algemeen beschouwd als expliciete geheugentaken. In herkenningstaken kunnen twee ophaalprocessen bijdragen aan de prestatie op emotionele geheugentaken, namelijk: (1) herinnering (het terughalen van specifieke details over het eerder in aanraking zijn gekomen met een item), en (2) vertrouwdheid (het gevoel een item eerder te zijn tegengekomen zonder specifieke details terug te halen) (Everaert & Koster, 2015; Jermann et al., 2009). Helaas hebben de meeste studies die gebruikmaakten van herkenningstaken geen onderscheid gemaakt tussen deze twee cognitieve processen, waardoor kleine effecten van impliciete geheugenbias de expliciete geheugeneffecten in herkenningstaken kunnen hebben vertroebeld (Gaddy & Ingram, 2014). Daarentegen lijken vrije herinneringstaken voornamelijk te bouwen op gecontroleerde cognitieve processen, waarbij deelnemers zelf een geheugenproces moeten starten op basis van interne representaties en zonder externe ophaalaanwijzingen (Polyn et al., 2009). Dit aspect van zelf-gereguleerde controle tijdens het ophalen van herinneren zou met name bij depressie problematisch kunnen zijn (Strauman, 2017) en zo kunnen verklaren waarom er een sterkere expliciete LTG-bias is bij vrije herinnering.

Risico op vertekening

De kwaliteit van de geïncludeerde studies was over het algemeen hoog en had geen invloed op de omvang van de totale effecten, maar sommige zwakheden bieden aanwijzingen voor toekomstig onderzoek. Ten eerste zou toekomstig werk een poweranalyse moeten leveren om de steekproefgrootte te rechtvaardigen, precieze *p*-waarden moeten rapporteren voor alle statistische tests, en transparant drop-outs en withdrawals moeten beschrijven. Ten tweede zou men uitgebreid moeten beschrijven in hoeverre de uitgenodigde en geworven deelnemers representatief zijn voor de doelpopulatie. Een aanzienlijk deel van het onderzoek in de psychologie wordt namelijk verricht in voornamelijk WEIRD (*western, educated, industrialized, rich, democratic*) steekproeven (Henrich et al., 2010). Deze steekproeven ontbreekt het vaak aan demografische diversiteit en deze beperking is ook van toepassing op de huidige review. Ten derde worden de psychometrische eigenschappen (zoals de betrouwbaarheid) van de verschillende gebruikte experimentele paradigma's in veel studies niet gerapporteerd. Deze drie punten vormen een

bedreiging voor de transparantie, repliceerbaarheid en maatschappelijke impact van de onderzoeksbevindingen op dit gebied.

Hoewel trechterplot en trechterplot-asymmetrietests suggereren dat effecten van kleine studies in beide meta-analyses niet ontbraken, lieten de resultaten ook zien dat publicatiestatus invloed had op de omvang van de totale effectgrootte in de hoofdmeta-analyse. De follow-up meta-analyse bevatte slechts één ongepubliceerde studie en publicatiestatus kon dan ook niet als moderator getest worden. Aanvullende analyses werden uitgevoerd om vertekening door selectieve publicatie en rapportage te onderzoeken (Everaert et al., 2022). Samengevat wijzen de uitkomsten erop dat de bevindingen van beide meta-analyses relatief robuust zijn voor publicatiebias.

Beperkingen

Het onderzoek heeft enkele beperkingen. Ten eerste weten we niet zeker of de geselecteerde studies representatief zijn voor alle studies naar de relatie tussen depressie en expliciete LTG-bias. Hoewel we het risico om relevante studies te missen verkleind hebben, was het niet mogelijk om de benodigde informatie te verkrijgen voor verscheidene studies die gepubliceerd zijn tussen 1970 en 1980. Daarnaast is deze review gebaseerd op Engelstalige artikelen, die verkregen zijn via zoekstrategieën in databases bestaande uit voornamelijk Engelstalige artikelen. De steekproef van studies kan hierdoor vertekend zijn. Vroeg onderzoek naar expliciete LTG-bias bij depressie en onderzoek dat gepubliceerd is in anderstalige tijdschriften is dus mogelijk minder goed vertegenwoordigd in deze review. Toekomstig onderzoek zou ook niet-Engstalige bronnen moeten omvatten en zoekopdrachten in meerdere talen moeten uitvoeren om de robuustheid van de expliciete LTG-bias bij depressie tussen landen, culturen en taalgroepen vast te stellen.

Ten tweede was er aanzienlijke heterogeniteit van de gepoolde effectgrootte die niet verklaard kon worden door vooraf bepaalde moderators. Het is opmerkelijk dat slechts een heel klein deel van deze heterogeniteit verklaard kon worden, aangezien we moderators gekozen hebben die een centrale rol spelen in relevante theorieën en methodologieën. Deze beperking benadrukt de noodzaak om verder te identificeren welke studiespecifieke factoren en individuele verschillen expliciete LTG-bias in depressie beïnvloeden (zoals de leeftijd waarop depressie voor het eerst optreedt, het aantal episoden in het verleden en het ontvangen van behandeling). Gezien het hoge niveau aan onverklaarde heterogeniteit moeten de resultaten van deze huidige meta-analyse voorzichtig geïnterpreteerd worden.

Ten slotte bevat deze review data van experimentele studies die expliciete LTG-bias eenmalig meten in een hooggecontroleerde omgeving, zoals een onderzoekslaboratorium. Deze designs beperken de ecologische validiteit, omdat ze: (1) in een niet-natuurlijke omgeving de bias van de deelnemer meten, en (2) die bias maar één keer meten, hoewel we weten dat de

context en ervaringen bias beïnvloeden. Het bewijs voor expliciete LTG-bias bij huidige depressie wijst wel op de potentiële rol ervan als kwetsbaarheids- of bijdragende factor, maar om dit te testen is longitudinaal onderzoek nodig (dus met meerdere meetmomenten) en ook experimenteel onderzoek (waarin geheugenbias gemanipuleerd wordt) om de invloed op depressieve symptomen vast te kunnen stellen. Sommige recente onderzoeken hebben Ecological Momentary Assessment (EMA) gebruikt om expliciete LTG-bias in het echte leven te bestuderen. Deelnemers vullen dan enkele keren per dag via een applicatie op een smartphone korte vragenlijsten in. Men rapporteerde dat een op EMA gebaseerde expliciete geheugenbiasmeting significant correleerde met zowel depressieve symptomen als rumineren, en met geheugenbias zoals gemeten met de Self Referent Encoding Task (SRET) (Vrijsen, Ikani et al., 2021). Zoals eerder genoemd, duiden de resultaten van de eerste experimentele studies met CBM-Geheugen erop dat er inderdaad een causale relatie tussen geheugenbias en (kenmerken van) depressie is (Becker et al., 2015; Visser et al., 2020; Vrijsen et al., 2016). Een recente studie combineerde dit en voerde CBM-Geheugen uit met EMA (Bovy et al., 2022). Toekomstig onderzoek zou EMA-benaderingen kunnen inzetten in longitudinale of *behavioral high-risk* studiedesigns om het temporele verband tussen expliciete LTG-bias en de ontwikkeling van depressieve symptomen te verhelderen, en beperkingen gerelateerd aan designs bij depressie in remissie te omzeilen.

Klinische implicaties

Gebruikmakend van de causale relatie tussen expliciete LTG-bias en depressieve symptomen kunnen we nadenken over hoe we de zorg voor depressie kunnen verbeteren en preventiestrategieën kunnen versterken. Depressie is een heterogene ziekte, wat het diagnostische proces lastig kan maken. Recente ontwikkelingen vragen om een meer transdiagnostische kijk op onderzoek en diagnostiek in de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg (zie bijvoorbeeld het initiatief van het Amerikaanse National Institute of Mental Health, *Research Domain Criteria*, z.d.). Geheugenbias is – zoals in deze review ook werd gevonden – een kenmerk van depressie, maar we zien het ook terug in andere stoornissen, inclusief ontwikkelingsstoornissen (Duyser et al., 2020). Interessant is dat geheugenbias ook in andere mentale stoornissen gerelateerd is aan comorbide of subklinische depressie (Duyser et al., 2020). Zeker in een wat zwaardere psychiatrische populatie kan het ontdekken van kwetsbaarheid *voor* en vaststellen *van* depressie geholpen worden door de inzet van computertaken, zoals de SRET. De invloed van het meten van expliciete LTG-bias op zowel correcte diagnostiek als op predictie van behandeluitkomsten testen wij momenteel op de afdeling Psychiatrie van het Radboudumc. Daarbij is de SRET opgenomen in de intakeprocedure

om betere differentiële diagnostiek en uiteindelijk ook indicatiestelling van (modulaire) behandeling mogelijk te maken.

Verder kan de inzet van CBM-Geheugen als aanvullende behandeling of augmentatiestrategie het effect van de behandeling op depressieve symptomen mogelijk versnellen. Geheugenbias is ook een focus van cognitieve gedragstherapie, waar het op overte manier aangepakt wordt (Vrijzen, de Kleine et al., 2021). Volgens het cognitieve model van Beck (Beck & Haigh, 2014) is het bewerken van de valentie van expliciet (autobiografisch) geheugen een centraal werkingsmechanisme van CGT. Bovendien lijkt het verlichten van geheugenbias een werkingsmechanisme van antidepressieve medicatie te zijn (Harmer et al., 2003). Het extra versterken van positieve geheugenbias door additionele training kan de behandel-effecten wellicht verbeteren. In CBM-Geheugen wordt de voorkeursvalentie van ofwel te onthouden woorden, ofwel eigen herinneringen (autobiografisch geheugen) door herhaalde training van het ophalen van specifiek fijne en positieve informatie uit het geheugen aangepast. Er wordt – net als in CGT – een nieuwe ‘geheugengewoonte’ gemaakt. Omdat CBM-Geheugen digitaal aangeboden wordt – via de computer of zelfs smartphone (Bovy et al., 2022; Vrijzen et al., 2016) – leent het zich bij uitstek voor e-mental health of m-mental health, naast of ook na de behandeling om terugval te helpen voorkomen. Klinische studies zijn nodig om dit gedegen te onderzoeken.

CONCLUSIE

.....

Deze meta-analytische review biedt een uitgebreid overzicht van tientallen jaren onderzoek op het gebied van expliciete LTG-bias in depressie. De bevindingen leveren bewijs voor de aanwezigheid van expliciete LTG-bias in minderjarigen en volwassenen die momenteel lijden aan depressieve symptomen. De bevindingen van de gepresenteerde meta-analyses ondersteunen de theoretische rol van deze bias als een kwetsbaarheidskenmerk van depressie, maar benadrukken ook beperkingen van de huidige kennis, waaronder de heterogeniteit in effectgroottes die slechts beperkt verklaard kon worden door belangrijke theoretische en methodologische moderators. Verschillende richtingen voor toekomstig onderzoek zijn beschreven voor volgende stappen op dit opwindende onderzoeksgebied.

De auteurs danken Renée Martin-Willett en Jutta Joormann voor hun zeer waardevolle bijdragen aan het oorspronkelijke Engelstalige artikel.

Livia van de Kraats is werkzaam bij het Radboudumc te Nijmegen.

Janna Vrijzen is werkzaam bij het Radboudumc te Nijmegen en bij Pro Persona te Nijmegen.

Jonas Everaert is werkzaam bij Tilburg University en bij de Katholieke Universiteit Leuven.

Correspondentieadres: Livia van de Kraats, Radboudumc, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen (huispostnr. 966). E-mail: Livia.vandeKraats@radboudumc.nl.

Summary *The relationship between explicit memory bias and depression: A meta-analytic review*

Memory bias is theorized to play a prominent role in the course of depression, yet its magnitude and boundary conditions are currently unknown. This review presents two meta-analyses to estimate the overall effect size and identify moderators. The main meta-analysis revealed a small overall effect size for naturalistic explicit memory bias in depression ($g = 0.241$, 95%-CI [0.179, 0.304]). The magnitude was moderated by, inter alia, emotional valence of stimuli, depth of processing and memory task. Remarkably, a non-significant effect size emerged for remitted depression under naturalistic conditions. A follow-up meta-analysis did yield a significant effect size in remitted depression for study conditions with mood or stress induction ($g = 0.273$, 95% CI [0.004, 0.542]). The findings are consistent with the view that depression is characterized by an explicit memory bias that may persist beyond a depressive episode. This makes memory bias a potent marker for improved diagnostics and enhancement of treatment effects.

Keywords *memory bias, explicit memory, cognitive bias, depression, meta-analysis*

Literatuur

- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Murray, L. A., Whitehouse, W. G., & Hogan, M. E. (1997). Self-referent information-processing in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Cognition & Emotion*, 11, 539-568. <https://doi.org/10.1080/026999397379854a>
- Alloy, L. B., Black, S. K., Young, M. E., Goldstein, K. E., Shapero, B. G., Stange, J. P., Boccia, A. S., Matt, L. M., Boland, E. M., Moore, L. C., & Abramson, L. Y. (2012). Cognitive vulnerabilities and depression versus other psychopathology symptoms and diagnoses in early adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41, 539-560. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.703123>
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5): Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Uitgeverij Boom.
- Armstrong, T., & Olatunji, B. O. (2012). Eye tracking of attention in the affective disorders: A meta-analytic review and synthesis. *Clinical Psychology Review*, 32, 704-723. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.004>
- Asl, F. A., Ghanizadeh, A., Mollazade, J., & Aflakseir, A. (2015). Differences of biased recall memory for emotional information among children and adolescents of mothers with MDD, children and adolescents with MDD, and normal controls. *Psychiatry Research*, 228, 223-227. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.04.001>
- Beck, A. T., & Haigh, E. A. P. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1-24. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734>
- Beck, R., & Perkins, T. S. (2001). Cognitive content-specificity for anxiety

- and depression: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 651-663. <https://doi.org/10.1023/A:1012911104891>
- Becker, E. S., Vanderhasselt, M.-A., & Vrijzen, J. N. (2015). Memory training in depression. *Current Opinion in Psychology*, 4, 48-52. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.02.004>
- Bianchi, R., Laurent, E., Schonfeld, I. S., Bietti, L. M., & Mayor, E. (2020). Memory bias toward emotional information in burnout and depression. *Journal of Health Psychology*, 25, 1567-1575. <https://doi.org/10.1177/1359105318765621>
- Bishop, S., Dalgleish, T., & Yule, W. (2004). Memory for emotional stories in high and low depressed children. *Memory*, 12, 214-230. <https://doi.org/10.1080/09658210244000667>
- Bogie, B. J. M., Persaud, M. R., Smith, D., Kapczinski, F. P., & Frey, B. N. (2019). Explicit emotional memory biases in mood disorders: A systematic review. *Psychiatry Research*, 278, 162-172. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2019.06.003>
- Bone, J. K., Lewis, G., & Lewis, G. (2020). The role of gender inequalities in adolescent depression. *The Lancet Psychiatry*, 7, 471-472. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30081-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30081-X)
- Bone, J. K., Lewis, G., Roiser, J. P., Blake-more, S.-J., & Lewis, G. (2021). Recall bias during adolescence: Gender differences and associations with depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 282, 299-307. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.133>
- Borman, G. D., & Grigg, J. A. (2009). Visual and narrative interpretation. In H. Cooper, L. V. Hedges, & J. C. Valentine (Eds.), *The handbook of research synthesis and meta-analysis* (pp. 497-519). Sage Publications.
- Bovy, L., Ikani, N., van de Kraats, L. N. M., Dresler, M., Tendolkar, I., & Vrijzen, J. N. (2022). The effects of daily autobiographical memory training on memory bias, mood and stress resilience in dysphoric individuals. *Scientific Reports*, 12, 20873. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-25379-9>
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.36.2.129>
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585-599. <https://doi.org/10.1037/0021-43X.110.4.585>
- Callahan, B. L., Laforce, R., Dugas, M., & Hudon, C. (2017). Memory for emotional images differs according to the presence of depressive symptoms in individuals at risk for dementia. *International Psychogeriatrics*, 29, 673-685. <https://doi.org/10.1017/S1041610216002179>
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. John Wiley & Sons.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Lawrence Earlbaum Associates. <https://doi.org/10.1234/12345678>
- Connolly, S. L., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2016). Information processing biases concurrently and prospectively predict depressive symptoms in adolescents: Evidence from a self-referent encoding task. *Cognition & Emotion*, 30, 550-560. <https://doi.org/10.1080/02699931.2015.1010488>
- Cooper, J. L., & Wade, T. D. (2015). The relationship between memory and interpretation biases, difficulties with emotion regulation, and disordered eating in young women. *Cognitive Therapy and Research*, 39, 853-862. <https://doi.org/10.1007/s10608-015-9709-1>
- Craik, F. I. M. (2002). Levels of processing: Past, present... And future? *Mem-*

- ory, 10, 305-318. <https://doi.org/10.1080/z09658210244000135>
- Craik, F. I. M., & Lockhart, R. S. (1972). Levels of processing: A framework for memory research. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 11, 671-684. [https://doi.org/10.1016/S0022-5371\(72\)80001-X](https://doi.org/10.1016/S0022-5371(72)80001-X)
- Dainer-Best, J., Trujillo, L. T., Schnyer, D. M., & Beevers, C. G. (2017). Sustained engagement of attention is associated with increased negative self-referent processing in major depressive disorder. *Biological Psychology*, 129, 231-241. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2017.09.005>
- Dalgleish, T., Taghavi, R., Neshat-Doost, H., Moradi, A., Canterbury, R., & Yule, W. (2003). Patterns of processing bias for emotional information across clinical disorders: A comparison of attention, memory, and prospective cognition in children and adolescents with depression, generalized anxiety, and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 10-21. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3201_02
- Dozois, D. J. A., & Dobson, K. S. (2001a). A longitudinal investigation of information processing and cognitive organization in clinical depression: Stability of schematic interconnect-edness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 914-925. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.6.914>
- Dozois, D. J. A., & Dobson, K. S. (2001b). Information processing and cognitive organization in unipolar depression: Specificity and comorbidity issues. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 236-246. <https://doi.org/10.1037/0021-843X>
- Dujardin, A., Bosmans, G., Braet, C., & Goossens, L. (2014). Attachment-related expectations and mother-referent memory bias in middle childhood. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55, 296-302. <https://doi.org/10.1111/sjop.12129>
- Duyser, F. A., van Eijndhoven, P. F. P., Bergman, M. A., Collard, R. M., Schene, A. H., Tendolkar, I., & Vrijsen, J. N. (2020). Negative memory bias as a transdiagnostic cognitive marker for depression symptom severity. *Journal of Affective Disorders*, 274, 1165-1172. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.156>
- Edwards, D. (2007). Restructuring implicational meaning through memory-based imagery: Some historical notes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 306-316. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.10.001>
- Everaert, J., & Koster, E. H. W. (2015). Interactions among emotional attention, encoding, and retrieval of ambiguous information: An eye-tracking study. *Emotion*, 15, 539-543. <https://doi.org/10.1037/em0000063>
- Everaert, J., Koster, E. H. W., & Derakshan, N. (2012). The combined cognitive bias hypothesis in depression. *Clinical Psychology Review*, 32, 413-424. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.04.003>
- Everaert, J., Vrijsen, J. N., Martin-Willett, R., van de Kraats, L., & Joormann, J. (2022). A meta-analytic review of the relationship between explicit memory bias and depression: Depression features an explicit memory bias that persists beyond a depressive episode. *Psychological Bulletin*, 148, 435-463. <https://doi.org/10.1037/bul0000367>
- Gaddy, M. A., & Ingram, R. E. (2014). A meta-analytic review of mood-congruent implicit memory in depressed mood. *Clinical Psychology Review*, 34, 402-416. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.06.001>
- Gibb, B. E., Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Beevers, C. G., & Miller, I. W. (2004). Cognitive vulnerability to depression:

- A taxometric analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 81-89. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.113.1.81>
- Goldstein, B. L., Hayden, E. P., & Klein, D. N. (2015). Stability of Self-Referent Encoding Task performance and associations with change in depressive symptoms from early to middle childhood. *Cognition & Emotion*, 29, 1445-1455. <https://doi.org/10.1080/0269993.1.2014.990358>
- Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 285-312. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305>
- Gotlib, I. H., Kasch, K. L., Traill, S., Joormann, J., Arnow, B. A., & Johnson, S. L. (2004). Coherence and specificity of information-processing biases in depression and social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 386-398. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.113.3.386>
- Harmer, C. J., Hill, S. A., Taylor, M. J., Cowen, P. J., & Goodwin, G. M. (2003). Toward a neuropsychological theory of antidepressant drug action: Increase in positive emotional bias after potentiation of norepinephrine activity. *American Journal of Psychiatry*, 160, 990-992. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.5.990>
- Harrer, M., Cuijpers, P., Furukawa, T. A., & Ebert, D. D. (2021). *Doing meta-analysis with R: A hands-on guide*. Chapman & Hall/CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781003107347>
- Hayden, E. P., Olino, T. M., Mackrell, S. V. M., Jordan, P. L., Desjardins, J., & Katsiroumbas, P. (2013). Cognitive vulnerability to depression during middle childhood: Stability and associations with maternal affective styles and parental depression. *Personality and Individual Differences*, 55, 892-897. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.07.016>
- Hedges, L. V., & Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Academic Press. <https://doi.org/10.1002/sim.650>
- Henrich, J., Heine, S. J., & Norenzayan, A. (2010). The weirdest people in the world? *Behavioral and Brain Sciences*, 33, 61-83. <https://doi.org/10.1017/S0140525X0999152X>
- Herrera, S., Montorio, I., Cabrera, I., & Botella, J. (2017). Memory bias for threatening information related to anxiety: An updated meta-analytic review. *Journal of Cognitive Psychology*, 29, 832-854. <https://doi.org/10.1080/20445911.2017.1319374>
- Hertel, P. T. (2004a). Habits of thought produce memory biases in anxiety and depression. In J. Yiend (Ed.), *Cognition, emotion and psychopathology: Theoretical, empirical and clinical directions* (pp. 109-129). Cambridge University Press.
- Hertel, P. T. (2004b). Memory for emotional and nonemotional events in depression: A question of habit? In D. Reisberg & P. Hertel (Eds.), *Memory and emotion* (pp. 186-216). Oxford University Press.
- Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (2022). *Cochrane Handbook for systematic reviews of interventions version 6.3* (updated February 2022). Cochrane. www.training.cochrane.org/handbook
- Houben, M., Van Den Noortgate, W., & Kuppens, P. (2015). The relation between short-term emotion dynamics and psychological well-being: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141, 901-930. <https://doi.org/10.1037/a003882>
- Hughes, J., Worchel, F., Stanton, S., Stanton, H., & Hall, B. (1990). Selective memory for positive and negative story content in children with high self- and peer-ratings of symptoms of depression. *School Psychology Quar-*

- terly, 5, 265-279. <https://doi.org/10.1037/h0090614>
- Isley, J. E., Moffoot, A. P. R., & O'Carroll, R. E. (1995). An analysis of memory dysfunction in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 35, 1-9. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(95\)00032-1](https://doi.org/10.1016/0165-0327(95)00032-1)
- Ingram, R. E. (1984). Toward an information-processing analysis of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 443-477. <https://doi.org/10.1007/BF01173284>
- Ingram, R. E., & Siegle, G. J. (2009). Methodological issues in the study of depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 60-92). The Guilford Press.
- Jermann, F., Van Der Linden, M., Laurençon, M., & Schmitt, B. (2009). Recollective experience during recognition of emotional words in clinical depression. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 27-35. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9093-1>
- Jin, Z. C., Zhou, X. H., & He, J. (2015). Statistical methods for dealing with publication bias in meta-analysis. *Statistics in Medicine*, 34, 343-360. <https://doi.org/10.1002/sim.6342>
- Johnson, S. L., Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2007). Does processing of emotional stimuli predict symptomatic improvement and diagnostic recovery from major depression? *Emotion*, 7, 201-206. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.7.1.201>
- Just, N., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2001). Remitted depression studies as tests of the cognitive vulnerability hypotheses of depression onset: A critique and conceptual analysis. *Clinical Psychology Review*, 21, 63-83. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00035-5](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00035-5)
- Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, 34, 119-138. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114409>
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- Koster, E. H. W., De Raedt, R., Leyman, L., & De Lissnyder, E. (2010). Mood-congruent attention and memory bias in dysphoria: Exploring the coherence among information processing biases. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 219-225. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.11.004>
- Kuehner, C. (2017). Why is depression more common among women than among men? *The Lancet Psychiatry*, 4, 146-158. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30263-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30263-2)
- LeMoult, J., & Gotlib, I. H. (2019). Depression: A cognitive perspective. *Clinical Psychology Review*, 69, 51-66. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.008>
- Lim, S.-L., & Kim, J.-H. (2005). Cognitive processing of emotional information in depression, panic, and somatoform disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 50-61. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.1.50>
- Mathews, A., & Macleod, C. M. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 167-195. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143916>
- Matt, G. E., Vázquez, C., & Campbell, W. K. (1992). Mood-congruent recall of affectively toned stimuli: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 12, 227-255. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(92\)90116-P](https://doi.org/10.1016/0272-7358(92)90116-P)
- Moilanen, D. L. (1993). Depressive information processing among nonclinic,

- nonreferred college students. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 340-347. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.40.3.340>
- Moulds, M. L., Kandris, E., & Williams, A. D. (2007). The impact of rumination on memory for self-referent material. *Memory*, 15, 814-821. <https://doi.org/10.1080/09658210701725831>
- Munder, T., Flückiger, C., Leichsenring, F., Abbass, A. A., Hilsenroth, M. J., Luyten, P., Rabung, S., Steinert, C., & Wampold, B. E. (2019). Is psychotherapy effective? A re-analysis of treatments for depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28, 268-274. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000355>
- Murray, L. A., Whitehouse, W. G., & Alloy, L. B. (1999). Mood congruence and depressive deficits in memory: A forced-recall analysis. *Memory*, 7, 175-196. <https://doi.org/10.1080/741944068>
- National Institute of Mental Health. (z.d.). *Research Domain Criteria (RDoC)*. www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc
- Polyn, S. M., Norman, K. A., & Kahana, M. J. (2009). A context maintenance and retrieval model of organizational processes in free recall. *Psychological Review*, 116, 129-156. <https://doi.org/10.1037/a0014420>
- R Core Team. (2021). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing. www.R-project.org
- Reid, S. C., Salmon, K., & Lovibond, P. F. (2006). Cognitive biases in childhood anxiety, depression, and aggression: Are they pervasive or specific? *Cognitive Therapy and Research*, 30, 531-549. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9077-y>
- Reilly-Harrington, N. A., Alloy, L. B., Fresco, D. M., & Whitehouse, W. G. (1999). Cognitive styles and life events interact to predict bipolar and unipolar symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 567-578. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.108.4.567>
- Ridout, N., Astell, A., Reid, I., Glen, T., & O'Carroll, R. (2003). Memory bias for emotional facial expressions in major depression. *Cognition & Emotion*, 17, 101-122. <https://doi.org/10.1080/02699930302272>
- Ridout, N., Noreen, A., & Johal, J. (2009). Memory for emotional faces in naturally occurring dysphoria and induced sadness. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 851-860. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.06.013>
- Rinck, M., & Becker, E. S. (2005). A comparison of attentional biases and memory biases in women with social phobia and major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 62-74. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.1.62>
- Romero, N., Sanchez, A., Vázquez, C., & Valiente, C. (2016). Explicit self-esteem mediates the relationship between implicit self-esteem and memory biases in major depression. *Psychiatry Research*, 242, 336-344. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.003>
- Ruiz-Caballero, J. A., & González, P. (1994). Implicit and explicit memory bias in depressed and non-depressed subjects. *Cognition and Emotion*, 8, 555-569. <https://doi.org/10.1080/02699939408408959>
- Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*, 143, 783-822. <https://doi.org/10.1037/bul0000102>
- Sanislow, C. A. (2020). RDoC at 10: Changing the discourse for psychopathology. *World Psychiatry*, 19, 311-312. <https://doi.org/10.1002/wps.20800>

- Semkovska, M., Quinlivan, L., O'Grady, T., Johnson, R., Collins, A., O'Connor, J., Knittle, H., Ahern, E., & Gload, T. (2019). Cognitive function following a major depressive episode: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 6, 851-861. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30291-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30291-3)
- Sloan, D. M., Strauss, M. E., & Wisner, K. L. (2001). Diminished response to pleasant stimuli by depressed women. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 488-493. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.3.488>
- Strauman, T. J. (2017). Self-regulation and psychopathology: Toward an integrative translational research paradigm. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13, 497-523. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045012>
- Tarsia, M., Power, M. J., & Sanavio, E. (2003). Implicit and explicit memory biases in mixed anxiety-depression. *Journal of Affective Disorders*, 77, 213-225. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00119-2](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00119-2)
- Vanderlind, W. M., Everaert, J., & Joormann, J. (2021). Positive emotion in daily life: Emotion regulation and depression. *Emotion*, 22, 1612-1624. <https://doi.org/10.1037/em00000944>
- Vanderlind, W. M., Millgram, Y., Baskin-Sommers, A. R., Clark, M. S., & Joormann, J. (2020). Understanding positive emotion deficits in depression: From emotion preferences to emotion regulation. *Clinical Psychology Review*, 76, 101826. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101826>
- Visser, D. A., Tendolkar, I., Schene, A. H., van de Kraats, L., Ruhe, H. G., & Vrijzen, J. N. (2020). A pilot study of smartphone-based memory bias modification and its effect on memory bias and depressive symptoms in an unselected population. *Cognitive Therapy and Research*, 44, 61-72. <https://doi.org/10.1007/s10608-019-10042-x>
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., Dunn, T. W., & Jarrett, R. B. (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: A comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 475-488. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.3.475>
- Vrijzen, J. N., de Kleine, R. A., Becker, E. S., Wenzel, A., & Smits, J. A. J. (2021). Empirical status of mechanisms of change. In A. Wenzel (Ed.), *Handbook of cognitive behavioral therapy: Overview and approaches* (pp. 91-129). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000218-004>
- Vrijzen, J. N., Hertel, P. T., & Becker, E. S. (2016). Practicing emotionally biased retrieval affects mood and establishes biased recall a week later. *Cognitive Therapy and Research*, 40, 764-773. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9789-6>
- Vrijzen, J. N., Ikani, N., Souren, P., Rinck, M., Tendolkar, I., & Schene, A. H. (2021). How context, mood, and emotional memory interact in depression: A study in everyday life. *Emotion*, 23, 41-51. <https://doi.org/10.1037/em00000783>
- Vrijzen, J. N., van Amen, C. T., Koekkoek, B., van Oostrom, I., Schene, A. H., & Tendolkar, I. (2017). Childhood trauma and negative memory bias as shared risk factors for psychopathology and comorbidity in a naturalistic psychiatric patient sample. *Brain and Behavior*, 7, e00693. <https://doi.org/10.1002/brb3.693>
- Williams, J. M. G., Watts, F. N., MacLeod, C. M., & Mathews, A. (1988). *Cognitive psychology and emotional disorders*. John Wiley & Sons.
- Williams, J. M. G., Watts, F. N., MacLeod, C. M., & Mathews, A. (1997). *Cogni-*

- tive psychology and emotional disorders* (2nd ed.). John Wiley & Sons.
- Wisco, B. E. (2009). Depressive cognition: Self-reference and depth of processing. *Clinical Psychology Review*, 29, 382-392. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.03.003>
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. World Health Organization.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy*. Guilford Press.
- Yovel, I., & Mineka, S. (2004). Hierarchical models of emotional disorders and emotion-congruent cognitive biases. *Personality and Individual Differences*, 36, 679-694. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00125-9](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00125-9)

Complexe gezinnen bereiken met de gedragsinterventie SNAP

273

Een (on)haalbare kaart?

MIRANDA TONG SANG & LIEKE VAN DOMBURGH

Samenvatting

Kinderen met gedragsproblemen uit gezinnen met meervoudige en complexe problemen (MCP-gezinnen) lopen meer risico op escalatie van problematiek. Tegelijkertijd bereiken veel interventies deze gezinnen slechter en lijkt gedragsverandering lastiger, onder meer vanwege ouderlijke opvoedingsbelasting. Deze studie onderzoekt Stop Nu Ander Plan, een outreachende groepsinterventie voor kinderen met gedragsproblemen ($n = 111$). Onderzocht is of kinderen uit MCP-gezinnen door Stop Nu Ander Plan worden bereikt, wat de werkzame elementen ervan zijn, of de gedragsproblemen erdoor afnemen en wat de samenhang is met opvoedingsbelasting. Bijna de helft van de kinderen blijkt afkomstig uit MCP-gezinnen, en 92,5% van hen rondt de interventie af. Betrokkenheid, een outreachende en proactieve opstelling, een individuele, flexibele benadering en een respectvolle houding lijken werkzame elementen. Gedragsproblemen en opvoedingsbelasting zijn lager na de interventie. Bij follow-up wordt alleen afname op gedragsproblemen gezien. Opvoedingsbelasting bij aanvang hangt niet samen met verandering in gedragsproblemen. De bevindingen ondersteunen de noodzaak om blijvend te investeren in de werkzame elementen om deze doelgroep te bereiken.

Trefwoorden: SNAP, gezinnen met meervoudige en complexe problemen, gedragsproblemen, opvoedingsbelasting

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ SNAP lijkt succesvol in het bereiken en behouden van gezinnen met meervoudige en complexe problemen (MCP-gezinnen).
- ▶ Betrokkenheid, een outreachende en proactieve opstelling, een individuele, flexibele benadering en een respectvolle houding lijken werkzame elementen in het bereiken van MCP-gezinnen.
- ▶ Blijvend investeren in de werkzame elementen is noodzakelijk.

INLEIDING

.....

Bij kinderen die opgroeien in gezinnen waarin sprake is van meervoudige en complexe problemen (MCP-gezinnen) doen zich vaker ernstige gedragsproblemen voor dan in gezinnen met minder complexe problematiek (Bodden & Dekovic, 2016). Gezinnen met meervoudige en complexe problemen worden gedefinieerd als gezinnen die op meerdere levensgebieden problemen ervaren, zoals opvoedingsproblemen, psychosociale problemen en sociaal-economische deprivatie (Bodden & Dekovic, 2016; Evenboer et al., 2018). Kinderen uit deze gezinnen ontwikkelen gemiddeld ernstiger probleemgedrag (Asscher & Paulussen-Hoogeboom, 2005; Maggi et al., 2010). We lijken echter beperkt in staat om juist deze groep kinderen en hun ouders te bereiken met de bewezen effectieve interventies die ons land rijk is (Jansen et al., 2015). Ook is bewijs voor de effectiviteit van de bestaande interventies bij deze doelgroep schaars. Binnen de behandeling van kinderen met gedragsproblemen is bekend dat ouders belangrijke personen zijn bij het veranderen van de gedragsproblemen (Barlow & Stewart-Brown, 2000). Met name ouderlijke stress wordt genoemd als een belemmerende factor bij het bereiken van verandering (Burke & Loeber, 2016; Lewis et al., 2008). Bodden en Dekovic (2016) concluderen onder andere dat ouders uit gezinnen met meervoudige en complexe problemen meer opvoedingsbelasting ervaren dan ouders uit gezinnen die geen complexe en meervoudige problemen hebben. Voor deze groep ligt er dus waarschijnlijk een grotere uitdaging om verandering te bereiken en lijkt het van belang om de opvoedingsbelasting te verminderen, teneinde tot gedragsverandering te komen.

Kinderen die al vóór hun 12de jaar ernstige gedragsproblemen vertonen, vormen een specifieke risicogroep, omdat zij een hogere kans hebben dat deze problemen verder escaleren en persisteren tot in volwassenheid (Loeber et al., 2008; Moffitt et al., 2002). Ook bij kinderen jonger dan 12 jaar met ernstige gedragsproblemen is aannemelijk dat degenen uit MCP-gezinnen het meeste risico lopen op persistentie van dat gedrag. Hoewel er meerdere evidencebased interventies zijn voor kinderen jonger dan 12 jaar met gedragsproblemen, is er weinig bekend over het bereiken van zulke kinderen uit MCP-gezinnen. Het doel van deze studie is om in kaart te brengen in hoe-

verre een bewezen effectieve interventie voor kinderen met gedragsproblemen, namelijk Stop Nu Ander Plan (SNAP), MCP-gezinnen bereikt. Tevens willen wij in beeld brengen welke elementen volgens professionals bevorderend en belemmerend zijn in het bereiken van met name MCP-gezinnen. Ten slotte bestuderen we in hoeverre de gedragsproblemen van het kind en de opvoedingsbelasting binnen deze gezinnen veranderen en samenhangen na het volgen van deze interventie.

Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van een standaardevaluatie van de behandeling. De onderzoeksopzet is voorgelegd aan de commissie ethiek van de zorginstelling waar de behandeling plaatsvond.

GEZINNEN MET MEERVOUDIGE EN COMPLEXE PROBLEMEN

.....

De richtlijn *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen* (Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming, 2020) geeft aan dat er in Nederland bij circa 3-5% van alle gezinnen sprake is van meervoudige en complexe problemen.¹ De richtlijn beschrijft drie belangrijke kenmerken van gezinnen met meervoudige en complexe problemen:

- 1 *Problemen van psychosociale aard*, bij zowel kinderen als ouders. Voorbeelden zijn: internaliserende en externaliserende problemen, verslaving, tienerzwangerschap, problemen in de opvoeding, ouder-kind-relatieproblemen, gescheiden ouders, alleenstaand ouderschap en problematiek bij lichte verstandelijke beperking (LVB).
- 2 *Sociaal-economische problemen*, zoals financiële problemen, sociale isolatie, een beperkt netwerk, gevoelens van stigmatisatie, conflicten met burens, relatieproblemen, een migratieachtergrond en een lagere sociaal-economische positie.
- 3 *Problemen met hulpverlening*, bijvoorbeeld veel verschillende en afwisselende hulpverleners, of een beperkte motivatie voor hulp. Kenmerkend voor deze gezinnen is dat zowel ouders als kinderen veel gebruikmaken van zorg (Bodden & Dekovic, 2016; Moor et al., 2018).

1 In 2019 heeft het NJI besloten om in de richtlijn de term 'multiprobleemgezinnen' te veranderen in 'gezinnen met meervoudige en complexe problemen'. Dit omdat die term beter aansluit bij de huidige tijdsgeest, waarin uitgaan van de kracht van het gezin vooropstaat. Bovendien is de term minder stigmatiserend en heeft hij een minder veroordelende toon. In dit artikel zullen we de term 'gezinnen met meervoudige en complexe problemen' of 'MCP-gezinnen' aanhouden, waarmee we dezelfde doelgroep bedoelen als die waaraan in de literatuur (met name van voor 2019) gerefereerd wordt met 'multiprobleemgezinnen'.

Er blijkt nog maar weinig informatie beschikbaar te zijn over de effectiviteit van interventies voor deze gezinnen in Nederland (Berg-Le Clercq et al., 2012; Evenboer et al., 2018; Tabibian, 2006). Het beschikbare, recent uitgevoerde Nederlandse onderzoek naar MCP-gezinnen bestaat voornamelijk uit praktijkgericht evaluatieonderzoek.

WERKZAME ELEMENTEN OM MCP-GEZINNEN TE BEREIKEN

.....

Berg-Le Clercq en collega's (2012) noemen een aantal werkzame factoren om deze doelgroep te bereiken, die achtereenvolgens betrekking hebben op de (persoon van de) hulpverlener, de inhoud van het hulpaanbod en de strategieën om het hulpaanbod te organiseren. Vanuit het perspectief van de individuele hulpverlener worden als werkzame elementen beschreven: betrokkenheid, outreachend opstellen, een respectvolle houding, empowerend opstellen en een individuele of flexibele benadering hanteren. Daarnaast verwijzen zij naar Steketee en Vandenbroucke (2010), die aangeven dat ondersteuning en deskundigheidsbevordering van de hulpverleners die dagelijks met MCP-gezinnen te maken hebben van belang is. Het werken met deze gezinnen kan intensief zijn en vraagt om voldoende mogelijkheden tot reflectie.

Ook qua hulpaanbod worden een aantal werkzame elementen benoemd. Allereerst dient de omgang met het gezin niet alleen behandelinhoudelijk maar ook praktisch van aard te zijn, en moet de hulp in de leefomgeving van het gezin aangeboden worden. Ook moet er aandacht zijn voor de bredere omgeving van deze gezinnen, dus niet alleen voor de risicofactoren binnen het gezin zelf, maar ook voor de achterliggende oorzaken van ongelijkheid, marginalisering en intergenerationele problemen. Een ander element is dat *alle* gezinsleden hulp moeten krijgen, aangezien het hele gezin betrokken moet zijn bij de veranderingen die plaatsvinden door de interventie. Ten slotte wordt een goede samenwerking tussen de bij het gezin betrokken organisaties bepleit. Kortom, het bereiken van MCP-gezinnen vraagt om een andere aanpak dan het bereiken van gezinnen waarin geen sprake is van problemen op meerdere levensgebieden.

BEREIKBAARHEID VAN INTERVENTIES VOOR MCP-GEZINNEN

.....

In Nederland zijn er enkele interventies die zich specifiek richten op kinderen van 6 tot 12 jaar met ernstige gedragsproblemen die opgroeien in gezinnen met meervoudige en complexe problemen. Als op deze aspecten gezocht wordt via de website van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI; Nederlands Jeugdinstituut, 2022), komen daar de volgende interventies uit naar voren:

Stop Nu Ander Plan (SNAP), Families First, Gezin Centraal en Intensieve Ambulante Gezinsbegeleiding (IAG).

Aan de hand van de drie bovengenoemde kenmerken van MCP-gezinnen zoomen we in op de doelgroepbeschrijving in de evaluatiestudies naar effectieve interventies voor kinderen van 6 tot 12 jaar met (ernstige) gedragsproblemen (inclusief de interventies die zich specifiek richten op MCP-gezinnen). Hierbij valt op dat men vooral oog heeft voor problemen van psychosociale aard: gedragsproblemen, opvoedingsproblemen en gezins-samenstelling. Hoewel de gezinnen uit de studies opvoedingsproblemen ervaren en de kinderen gedragsproblemen hebben, is het bijvoorbeeld opmerkelijk dat ze niet anders scoren dan het landelijk gemiddelde op aantal eenoudergezinnen: tegenover een landelijk gemiddelde van 77% (in 2020), zijn 58% tot 90% van de gezinnen in de evaluatiestudies tweeoudergezinnen (gegevens ontleend aan studies naar PMTO (Ellens, 2014; Lubberts, 2013), Ouders van Tegendraadse Jeugd (Boendermaker et al., 2010), Alles Kidzzz (Stoltz, 2012), Gezin Centraal (Metselaar, 2011), Families First (Damen & Veerman, 2009), Triple P (Onrust et al., 2012) en het CBS (2023)).

Wat betreft sociaal-economische problemen is vooral informatie met betrekking tot de sociaal-economische positie (waarbij inkomen en opleidingsniveau belangrijke indicatoren zijn) en migratieachtergrond voorhanden. Er lijkt geen sprake van een overrepresentatie van gezinnen met een benedengemiddelde sociaal-economische positie, zoals verwacht wordt binnen de doelgroep van MCP-gezinnen. De meeste interventies rapporteren dat circa 20-40% van de gezinnen laaggeschoold is (PMTO (Lubberts, 2013); Triple P (Onrust et al., 2012; Overgaag et al., 2008), Gezin Centraal (Metselaar, 2011), Alles Kidzzz (Stoltz, 2012; Stoltz et al., 2013)) en een enkele interventie (Basic Trust) blijkt met name te bestaan uit ouders met een bovengemiddeld tot hoog opleidingsniveau (Versteeg, 2016). In 2020 bedraagt het landelijke percentage laaggeschooldheid 29% (CBS, 2021). Wel lijken er meer gezinnen met een migratieachtergrond bereikt te worden door de interventies, variërend van 26-54% (onder andere in: Families First (Veerman et al., 2003), Gezin Centraal (Metselaar, 2011), Alles Kidzzz (Stoltz et al., 2013), Triple P (Distelbrink et al., 2011) en Ouders van Tegendraadse Jeugd (Boendermaker et al., 2010)). Het landelijk gemiddelde is 24% (CBS, 2022). Ten slotte worden er in de verschillende interventies uitvalspercentages gevonden die variëren van 0-51% (Boendermaker et al., 2010; Onrust et al., 2012; Schuiringa, 2014; Stoltz et al., 2013; van de Wiel et al., 2007). De constructen worden dus in de evaluatiestudies verschillend beschreven. Ondanks dit gegeven kan gesteld worden dat MCP-gezinnen in wisselende mate bereikt lijken te worden door interventies bedoeld voor kinderen met gedragsproblemen. Dit beeld komt overeen met ervaringen uit de klinische praktijk, waarbij het als een uitdaging wordt gezien om deze gezinnen te bereiken.

EFFECTIVITEIT EN OPVOEDINGSBELASTING

.....

Hoewel MCP-gezinnen al bereikt worden door interventies, blijkt uit een systematische review naar de effectiviteit daarvan in Nederland voor kinderen die opgroeien in MCP-gezinnen dat er weinig effectiviteitsstudies zijn (Jansen et al., 2015). Ook de drop-out blijkt hoger onder MCP-gezinnen (Goderie & Steketee, 2003; Tabibian, 2006).

De beperkte effectiviteit van de interventies in MCP-gezinnen hangt mogelijk samen met de aanwezigheid van bepaalde factoren die juist in de doelgroep vaker voorkomen, zoals opvoedingsbelasting. Ouders van kinderen met gedragsproblemen ervaren een grotere opvoedingsbelasting dan ouders van kinderen die geen problemen ervaren in de ontwikkeling (Dumas et al., 1991; Ross & Blanc, 1998). Een hogere mate van opvoedingsbelasting blijkt van negatieve invloed te zijn op deelname aan de behandeling, bijvoorbeeld via gebrekkige aanwezigheid, vroegtijdige uitval en geringe vooruitgang van het kind (Assemany & McIntosh, 2002; Kazdin & Whitley, 2003; Maliken & Katz, 2013). Kinderen van ouders die meer opvoedingsbelasting ervaren – wat aannemelijk is binnen MCP-gezinnen – lijken dus het risico te lopen minder te profiteren van een behandelinterventie. Meer zicht op de samenhang tussen (een hoge mate van) opvoedingsbelasting en de behandeluitkomst binnen MCP-gezinnen is dus wenselijk.

DOEL VAN DE STUDIE

.....

De doelgroep van SNAP bestaat uit jongens van 6 tot 12 jaar met ernstige gedragsproblemen die opgroeien in gezinnen met complexe en meervoudige problemen. Deze studie beoogt in kaart te brengen: (1) in hoeverre kinderen die SNAP hebben gevolgd daadwerkelijk gekenmerkt kunnen worden als kinderen afkomstig uit gezinnen met meervoudige en complexe problemen, en (2) in hoeverre de opvoedingsbelasting samenhangt met verandering in gedragsproblemen bij het kind. Daarnaast gaan we middels kwalitatief onderzoek na welke elementen vanuit de werkwijze van SNAP volgens de betrokken professionals bevorderend zijn in het bereiken van de MCP-gezinnen. Dit resulteert in de volgende zes onderzoeksvragen:

- 1 In hoeverre worden jongens die deelnemen aan de SNAP-interventie gekenmerkt als kinderen afkomstig uit gezinnen met meervoudige en complexe problemen?
- 2 In hoeverre is er sprake van drop-out binnen de interventie?
- 3 Wat zijn volgens de betrokken professionals bevorderende factoren geweest in de werkwijze van SNAP bij het bereiken van gezinnen met meervoudige en complexe problemen?

- 4 In hoeverre veranderen de gedragsproblemen bij de kinderen en de opvoedingsbelasting bij de ouders in gezinnen na het volgen van SNAP, na afloop van de interventie en 6 maanden daarna, en in hoeverre verschilt deze verandering tussen de groep met en de groep zonder complexe en meervoudige problemen?
- 5 In hoeverre is er een samenhang tussen verandering in gedragsproblemen en opvoedingsbelasting, na afloop van de interventie en 6 maanden daarna?
- 6 In hoeverre hangt de mate van opvoedingsbelasting bij aanvang samen met de verandering in gedragsproblemen bij het kind, na afloop van de interventie en 6 maanden daarna?

METHODE

.....

Deelnemers

.....

Als onderdeel van een eerder opgezette evaluatiestudie naar SNAP zijn alle kinderen en hun ouders of opvoeders die in de periode 2012 tot en met 2018 hebben deelgenomen aan het SNAP-behandelprogramma binnen Pluryn (voorheen Intermetzo) betrokken bij het huidige onderzoek. SNAP werd uitgevoerd binnen twee regioteams: Almelo en Flevoland. Het onderzoek betreft kinderen van 6 tot 12 jaar met ernstige gedragsproblemen en hun ouder(s) of opvoeder(s). In totaal hebben 111 kinderen en hun ouders of opvoeders deelgenomen aan SNAP in deze periode. De gemiddelde leeftijd van de kinderen bij aanvang van de training was 9,72 jaar ($SD = 1,72$) ($n = 101$). Van 10 kinderen was de exacte geboortedatum bij de onderzoekers onbekend. De jongste deelnemer was 6 jaar en de oudste deelnemer 13 (deze jongen was bij aanmelding 12 jaar en werd op de dag van de start van de training 13 jaar). De sociaal-economische positie is in beeld gebracht door het status-scoresysteem van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) uit 2014. De groep kinderen die is uitgevallen ($n = 8$) is vergeleken met de groep die de interventie heeft afgerond op leeftijd, sociaal-economische positie, migratieachtergrond en gezinssamenstelling. Tussen de twee groepen komt een verschil naar voren op het gebied van sociaal-economische positie en de leeftijd bij aanvang. De groep die is uitgevallen had een lagere sociaal-economische positie ($t(95) = -2,21$, $p = 0,029$). Het verschil in leeftijd bij aanvang van de interventie tussen de groep die de interventie heeft afgerond ($M = 9,82$, $SD = 1,67$) en de uitvallers ($M = 8,43$, $SD = 1,99$) is significant: de uitvallers zijn jonger ($t(96) = 2,10$, $p = 0,038$). De groepen zijn vergelijkbaar wat betreft migratieachtergrond en gezinssamenstelling. Ook zijn de groepen vergeleken op mate van opvoedingsbelasting bij aanvang. Die blijkt bij de uitvallers

hoger te zijn ($t(78) = -2,16, p = 0,034$). Op de mate van gedragsproblemen bij aanvang wordt geen verschil gezien tussen de groepen.

280

Procedure

Interventie — SNAP (Child Development Institute, 2016b) is een interventie die zich richt op het behandelen van jongens van 6 tot 12 jaar met ernstige gedragsproblemen en met een hoog risico op het ontwikkelen van een gedragsstoornis (of een dergelijke stoornis al hebben). SNAP beoogt effectieve behandelingen te bieden aan kinderen en hun ouders of opvoeders uit de meest complexe systemen. Tot de doelgroep behoren kinderen die opgroeien in gezinnen die veelal worden aangemerkt als gezinnen met complexe en meervoudige problemen. Bij deze doelgroep zijn eerdere hulpverleningstrajecten niet (voldoende) geslaagd en is er vaak wantrouwen jegens hulpverlening ontstaan.

Aan SNAP gaan een aanmeldfase en een gestructureerde risicotaxatie vooraf. Het basisprogramma van SNAP bestaat uit 13 wekelijkse sessies, waarin zowel de jongens als de ouders of verzorgers een vast programma volgen in de vorm van groepsessies van vier tot acht deelnemers. Tijdens de groepsessies vormen de jongens samen één groep en de ouders of verzorgers samen één groep. In de sessies 4, 8 en 13 worden de kind- en oudergroep samengevoegd. SNAP betreft een cognitief-gedragstherapeutisch programma, waarin de kinderen zelfcontrolemechanismen en probleemoplossende vaardigheden aanleren. Met cognitief-gedragstherapeutische technieken, psycho-educatie, rollenspellen, huiswerkopdrachten, ontspanningsoefeningen en gedragscontracten wordt gewerkt aan vermindering van de gedragsproblemen van de jongens en vergroting van de opvoedingsvaardigheden van de ouders. Naast de groepstrainingen wordt (onder andere op basis van een risicotaxatie) aanvullende begeleiding geboden, zoals gezinsbegeleiding, huiswerkbegeleiding en individuele begeleiding van het kind. Ook wordt begeleiding in de thuissituatie en op school geboden ter generalisatie van de geleerde vaardigheden in de training. Tijdens de training is er een zogenaamde 'brusjesgroep', waarin broertjes en zusjes van deelnemende kinderen en ouders worden opgevangen, en (als de leeftijd dit toelaat) worden geïnformeerd over de thema's en vaardigheden die binnen de training worden besproken. Onderzoek in Canada naar de effectiviteit van SNAP heeft aangetoond dat kinderen na de interventie verbetering lieten zien ten aanzien van gedragsproblemen, sociale vaardigheden en impulsregulatie. Daarnaast namen bij ouders de opvoedingsvaardigheden toe en nam de opvoedingsstress af (Augimeri et al., 2007; Burke & Loeber, 2016; Lewis et al., 2008; Lipman et al., 2011).

Onderzoeksdesign — Deze studie betreft: (1) een longitudinaal onderzoek (drie herhaalde metingen) op basis van kwantitatieve data, en (2) een kwalitatief onderzoek op basis van interviews. De kinderen zijn naar aanleiding van ernstige gedragsproblemen verwezen op basis van een professionele inschatting door een hulpverlener, de school of de politie. Exclusiecriteria ten aanzien van deelname aan de interventie zijn: acute psychose, autisme en een IQ lager dan 70. Routine Outcome Monitoring (ROM) is een standaard onderdeel van de SNAP-interventie. Als onderdeel van de ROM worden de Child Behavioral Checklist (CBCL), de Early Assessment Risk Lists (EARL-20B) en de Opvoedingsbelastingvragenlijst (OBVL) afgenomen. De vragenlijsten bij het begin (T₀) en het einde (T₁) van de interventie zijn verzameld door de trainers zelf. Ze zijn ingevuld door de ouder bij aanvang van de eerste groepssessie, respectievelijk na afloop van de laatste SNAP-sessie, onder begeleiding van de trainers. Circa 6 maanden na afloop van de interventie (T₂) zijn de vragenlijsten digitaal door de ouders ingevuld. De onderzoeker heeft in 2020 interviews met SNAP-trainers en supervisors uit beide SNAP-teams gevoerd. Alle gegevens van de vragenlijsten zijn opgeslagen in SPSS voor data-analyse.

Meetinstrumenten

Child Behavior Checklist 6-18 — De Child Behavior Checklist 6-18 (CBCL 6-18; Achenbach, 1991) wordt gebruikt om het gedrag van het kind te beoordelen. De CBCL 6-18 is een instrument bestaande uit 113 items dat gedragsproblemen in kaart brengt en een goede betrouwbaarheid en validiteit heeft laten zien (Verhulst & van der Ende, 2013). De items worden op een driepunts likertschaal beoordeeld (range 0-2). Voor het onderzoek wordt de schaal Externaliserende problemen gebruikt, die bestaat uit de schalen Normovertredend gedrag en Agressief gedrag. Deze schaal bestaat uit 35 items. De gehanteerde cut-offscore voor subklinische respectievelijk klinische problemen is een T-score van 60 respectievelijk 65. De gehanteerde normgroep is jongens van 6-11 jaar. Op de voormeting is over 83 kinderen de vragenlijst ingevuld, op de nameting over 69 kinderen, en bij de follow-up over 22 kinderen.

Opvoedingsbelastingvragenlijst — De Opvoedingsbelastingvragenlijst (OBVL; Vermulst et al., 2015) is een Nederlandse vragenlijst voor het meten van opvoedingsbelasting. De lijst bestaat uit 34 items, verdeeld over vijf subschalen: (1) problemen in de opvoeder-kindrelatie (zes items), (2) problemen met opvoeden (zeven items), (3) depressieve stemmingen (zeven items), (4) rolbeperking (zes items), en (5) gezondheidsklachten (acht items). Items kunnen worden gescoord op een vierpunts likertschaal (1-4). Betrouwbaarheid en validiteit van de OBVL zijn goed (Vermulst et

al., 2015). In het onderzoek is alleen de totaalscore meegenomen. De cutoffscore voor matige respectievelijk ernstige problemen ligt op een T-score van 60 respectievelijk 65. De gehanteerde normgroep is 4-11-jarigen. Op de voormeting is over 83 kinderen de vragenlijst ingevuld, op de nameting over 69 kinderen, en op de follow-upmeting over 25 kinderen.

Early Assessment Risk List 20B — De Early Assessment Risk List for Boys (EARL-20B; Augimeri et al., 2001) is een risicotaxatie-instrument dat zich richt op kinderen van 6 tot 12 jaar die gedragsproblemen vertonen en het risico lopen ernstig antisociaal, delinquent en gewelddadig gedrag te gaan vertonen. Risicovolle en beschermende factoren en gedragingen worden in kaart gebracht aan de hand van kind-, gezins- en responsiviteitsitems. De EARL-20B bestaat uit drie categorieën, die elk in verschillende elementen zijn opgedeeld. De basiscategorieën zijn items die betrekking hebben op: (1) het gezinsfunctioneren, (2) het functioneren van het kind, en (3) de responsiviteit ten aanzien van de behandeling. Elk item kan gescoord worden van 0 tot en met 2, waarbij 2 betekent dat het item aanwezig is en 0 dat het afwezig is. In totaal kunnen er 40 punten worden gescoord op de EARL-20B. Een hogere score duidt op een hoger risico. Van 64 kinderen is de EARL-20B beschikbaar.

Gezinnen met meervoudige en complexe problemen — Gebaseerd op de in de richtlijn *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen* genoemde omschrijving wordt in dit artikel het volgende uitgangspunt gehanteerd wanneer gesproken wordt over gezinnen met meervoudige en complexe problemen: naast aanwezigheid van gedragsproblemen (als psychosociaal probleem), dient er sprake te zijn van minstens drie andere problemen, waarvan minimaal één binnen het gebied sociaal-emotionele problemen of problemen met de hulpverlening. De verwachting is dat er aan de hand van deze operationalisatie een betrouwbaar beeld te krijgen is. Om de kenmerken van MCP-gezinnen in kaart te brengen, zijn de CBCL en de EARL-20B afgenomen, en vond er dossieronderzoek plaats (zie tabel 1).

Interviews — Om zicht te krijgen op de elementen die de SNAP-trainers hebben ingezet bij het benaderen van MCP-gezinnen, zijn vier SNAP-trainers geïnterviewd, van wie er twee tevens SNAP-supervisor zijn. De geïnterviewde trainers zijn in totaal betrokken geweest bij alle deelnemers uit dit onderzoek, verspreid over de diverse SNAP-groepen op beide locaties, en hebben zodoende goed zicht op hoe het proces bij deze groepen is verlopen. Het interview (zie bijlage 1) is opgesteld aan de hand van de in de inleiding genoemde werkzame elementen bij MCP-gezinnen – zoals aangegeven door Berg-Le Clerq en collega's (2012), en door Steketee en VandenBroucke (2010) – en bestaat uit open vragen. De eerste auteur heeft de interviews

TABEL 1 *Kenmerken gezinnen met meervoudige en complexe problemen*

		CBCL	OBVL	EARL-2oB	Dos- sier- onder- zoek	Post- code
Psycho- sociale problemen	Internaliserende problemen	X (schaal Internaliserende problemen, (sub)klinische score)				
	Verslaving			X	X	
	Tienerzwangerschap				X	
	Problemen in de opvoeding				X	
	Ouder-kind relatie-probleem				X	
	Gescheiden ouders			X	X	
	Alleenstaand ouderschap			X	X	
	LVB-problematiek				X	
Sociaal- emotionele problemen	Financiële problemen/ benedengemiddelde sociaal-economische positie			X	X	X
	Sociale isolatie			X	X	
	Gevoelens van stigmatisatie			X	X	
	Conflicten met de burens			X	X	
	Relatieproblemen			X	X	
	Migratieachtergrond				X	
Problemen met hulp- verlening	Veel verschillende en afwisselende hulpverleners			X	X	
	Beperkte motivatie voor hulp			X		

Noot. CBCL = Child Behavior Checklist 6-18; EARL-2oB = Early Assessment Risk List for Boys 2oB; LVB = lichte verstandelijke beperking; OBVL = Opvoedingsbelastingvragenlijst.

gedaan en opgenomen, waarna ze verbatim zijn uitgewerkt. De afnametijd bedroeg circa 45-90 minuten per geïnterviewde.

Data-analyse — Voor de kwantitatieve data-analyse is gebruikgemaakt van beschrijvende statistiek en *one way* ANOVA met behulp van SPSS (versie 26). Met beschrijvende statistiek is de opbouw van de onderzoeksgroep in kaart gebracht. Verder zijn de opbouw van de gedragsproblemen en de opvoedingsbelasting nagegaan. Vervolgens is een *one way* ANOVA uitgevoerd om te onderzoeken in hoeverre de scores op de verschillende meetmomenten van elkaar afwijken. Er zijn *independent samples t-tests* uitgevoerd om te onderzoeken in hoeverre er verschillen bestaan tussen gezinnen met en zonder meervoudige en complexe problemen. Tevens is een regressieanalyse uitgevoerd om te onderzoeken in hoeverre de mate van opvoedingsbelasting bij aanvang van invloed is op de mate van verandering in gedragsproblemen na de interventie. Als onafhankelijke variabele wordt de mate van opvoedingsbelasting bij aanvang van de interventie genomen. De afhankelijke variabele is de mate van gedragsproblemen bij afronding en 6 maanden na afronding van de interventie.

De interviews zijn verbatim uitgewerkt en beslaan gemiddeld vier pagina's. Ze zijn gecodeerd door de twee auteurs van dit artikel, en wel onafhankelijk van elkaar. Beiden hebben in het verbatim uitgeschreven interview gemarkeerd in hoeverre de vooraf opgestelde items (zie bijlage 2) terugkwamen in het gegeven antwoord. De antwoorden konden worden gerubriceerd en de codering naast elkaar worden gelegd. De twee beoordelingen hadden een overeenkomstige uitslag.

RESULTATEN

.....

Kenmerken van gezinnen met meervoudige en complexe problemen, en drop-out

.....

Het merendeel (54%) van de kinderen blijkt op te groeien in een gezin met een benedengemiddelde sociaal-economische positie. De groep kinderen *met* migratieachtergrond en de groep kinderen *zonder* migratieachtergrond zijn bijna even groot. Meer dan twee derde (69,8%) van de kinderen groeit op met gescheiden ouders (zie tabel 2).

TABEL 2 *Demografische kenmerken*

	Totale populatie (<i>n</i> = 111) % (<i>n</i>)	Verdeling in percentages (zonder de <i>missing</i> <i>data</i>)
Sociaal-economische positie		
Benedengemiddeld	48,6 (54)	54
(Boven)gemiddeld	41,4 (46)	46
Onbekend	9,9 (11)	
Migratieachtergrond		
Ja	44,2 (49)	49,5
Nee	45,0 (50)	50,5
Onbekend	10,8 (12)	
Gezinssamenstelling		
Gescheiden ouders	54,1 (60)	69,8
Intact gezin	23,4 (26)	38,2%
Onbekend	22,5 (25)	

Als gekeken wordt naar de problemen op de verschillende gebieden, blijkt dat bij 89,1% (*n* = 99) van alle gezinnen er naast de gedragsproblemen nog minimaal één ander probleem aanwezig was. Bij 61,1% (*n* = 69) van de gezinnen waren er op minimaal twee verschillende gebieden problemen, en bij 25,2% (*n* = 28) waren er op alle drie gebieden problemen. Hierbij voldoet 48,6% (*n* = 54) van de kinderen aan de definitie voor gezinnen met meervoudige en complexe problemen. Bij 42,3% (*n* = 47) van de kinderen gaan we er op basis van de aanwezige informatie van uit dat zij niet afkomstig zijn uit MCP-gezinnen. Over de overige 9,0% (*n* = 10) was te weinig informatie beschikbaar om hier een inschatting van te maken.

Van alle gezinnen die hebben deelgenomen aan SNAP heeft 89,2% (*n* = 99) de interventie afgerond, terwijl 7,2% (*n* = 8) van de gezinnen is uitgevallen. Van de overige gezinnen (3,6%, *n* = 4) is niet bekend in hoeverre de interventie is afgerond.

Werkzame elementen bij het bereiken van MCP-gezinnen binnen de interventie SNAP

Als de antwoorden van de geïnterviewden langs de factoren genoemd door Berg-Le Clercq en collega's (2012) worden gehouden, valt op dat met name betrokkenheid, een outreachende opstelling en een individuele, flexibele benadering onderbouwing vinden in de interviews.

Betrokkenheid en therapeutische houding — De meeste geïnterviewden geven aan dat er binnen SNAP veel aandacht is voor het motiveren van cliënten en het opbouwen van een vertrouwensrelatie. Genoemd worden onder meer:

- ▶ Elk gezin krijgt één contactpersoon.
- ▶ Voor de training gaan ze naar het gezin thuis toe.
- ▶ Er wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de cliënt, door veel ruimte te maken om hun verhaal te horen, erkenning te geven, en ook samen zicht te krijgen op welke weerstand er speelt en welke hobbels zij gedurende het traject mogelijk zullen tegenkomen.

Wat betreft de therapeutische houding wordt door alle geïnterviewden genoemd dat ouders vanuit een oordeelvrije en geïnteresseerde houding worden benaderd, waarbij aangesloten wordt bij hun behoeften en verwachtingen. Een van de geïnterviewden omschrijft dit als: 'Het is een leuke doelgroep, die je kan verrassen.'

(Individuele) benadering en outreachende opstelling — Genoemd wordt dat SNAP gezien moet worden als een interventie die in te passen is in een groter aanbod van interventies, en die dus niet op zichzelf zou moeten staan. De 13 SNAP-sessies liggen wat betreft inhoud vast in een protocol, maar alle geïnterviewden vertellen dat daaromheen maatwerk en een flexibele aanpak mogelijk zijn, met elementen die naar behoefte kunnen worden ingezet, zoals de wijze en intensiteit van de contacten met de gezinnen. Alle geïnterviewden noemen dat zij niet snel 'loslaten', maar in contact blijven, en wel door te bellen, het gezin op te zoeken in de thuissituatie, op school of elders, en contact zoeken met andere betrokkenen. Gepoogd wordt om wekelijks een huisbezoek af te leggen. Het actief opzoeken van de leefomgeving van het gezin heeft ook als doel om hun de tijdens de training aangeleerde vaardigheden en technieken ook daarbuiten te leren toepassen.

Ook wordt als belangrijk element genoemd dat de geïnterviewden als trainers proactief waren in het zoeken van contact en het opstarten van de zorg, ongeacht of de benodigde administratieve handelingen al waren afgerond. Om de motivatie te vergroten, besteedt men vooral aandacht aan de

positieve stappen die de deelnemers tijdens de training zetten, bijvoorbeeld door daar kleine prijsjes voor uit te reiken. Verder wordt genoemd dat er in grote mate wordt geïnvesteerd in het creëren van randvoorwaarden, zoals praktische ondersteuning in de vorm van geld, vervoer en opvang voor broertjes en zusjes.

Praktische hulp — Genoemd wordt dat er vanuit de visie van SNAP behoefte is om zo nodig ook te helpen bij bijvoorbeeld financiële problemen, wat bij de eerste groepen ook gedaan werd. Omdat het budget momenteel is verminderd en er een spanningsveld is ontstaan rond het afgeven van beschikkingen, kunnen de geïnterviewden dit naar eigen zeggen nu niet meer doen.

Aandacht voor gezin en bredere sociale omgeving — Alle geïnterviewden rapporteren dat in principe ieder gezinslid betrokken wordt bij de SNAP-interventie, bijvoorbeeld in de vorm van een gelijktijdige groep voor broertjes en zusjes. Ook als er wanneer zij op huisbezoek komen andere gezinsleden thuis zijn, worden die betrokken bij het gesprek, en bij de technieken en vaardigheden die binnen SNAP worden besproken. De betrokkenheid van de gezinsleden rond het aangemelde kind staat altijd in het teken van het begrijpen en ondersteunen van de geleerde technieken en vaardigheden binnen SNAP, en heeft niet als doel om alle gezinsleden individuele hulpverlening te bieden. Daarnaast vertellen de geïnterviewden dat er contact is met belangrijke andere betrokkenen (meestal in ieder geval intensief met de leerkracht). Met andere instellingen is er afhankelijk van het gezin in meer of mindere mate contact.

Met betrekking tot aandacht voor de bredere sociale omgeving en context geven de geïnterviewden een wisselend beeld. De ene geïnterviewde vertelt dat het betrekken van het netwerk beperkt gebeurt en dat er beperkt zicht is op achterliggende oorzaken van ongelijkheid. Andere geïnterviewden vertellen dat deze aspecten (deels) bij aanvang worden uitgevraagd middels de EARL-20B, maar niet altijd betrokken worden binnen de behandeling.

Empowerende werkwijze — Met betrekking tot empowerend opstellen noemen de geïnterviewden dat met het gezin samen bij aanvang doelen worden opgesteld, waarbij aandacht is voor wat er niet goed gaat en wat er wel goed gaat. Juist als alleen de verwijzer reeds doelen heeft opgesteld, worden die met het gezin doorgenomen. Waar de geïnterviewden over van mening verschillen, is de mate van aandacht voor de eigen kracht van het gezin. Een geïnterviewde noemt als belangrijk instrument om de aandacht op de positieve aspecten gevestigd te houden het ‘planwiel’, een techniek uit de cognitieve gedragstherapie om gedragsalternatieven aan de orde te stellen. Ook wordt genoemd dat binnen de training ruimte is om positieve verhalen uit te wisselen, teneinde ouders zo van elkaar te laten leren. Een andere geïnterviewde zegt dat de krachten minder worden benadrukt dan de klachten.

Ondersteuning van hulpverleners — Ook de ondersteuning en deskundigheidsbevordering voor hulpverleners (Steketee & Vandenbroucke, 2010) wordt door alle geïnterviewden genoemd als standaard onderdeel van de interventie. Alle geïnterviewden rapporteren dat de supervisie bij SNAP wekelijks plaatsvindt. Alle sessies werden gefilmd en tijdens de supervisie besproken. Elke training werd zodoende nabesproken met de trainers en supervisor.

Samenvattend lijken belangrijke sterke elementen uit de aanpak van SNAP met betrekking tot de zorg aan gezinnen: de betrokkenheid, de mate van outreachend opstellen, de respectvolle houding, het betrekken van alle gezinsleden, en een individuele, flexibele benadering rondom de interventie. Daarnaast is er sprake van intensieve ondersteuning en deskundigheidsbevordering voor de trainers. Los van de werkzame elementen wordt ook genoemd dat het moeilijker werd om deze elementen in te blijven zetten in de laatste periode van de training vanwege toegenomen (financiële) productiedruk en verandering in contractuele afspraken met de gemeenten.

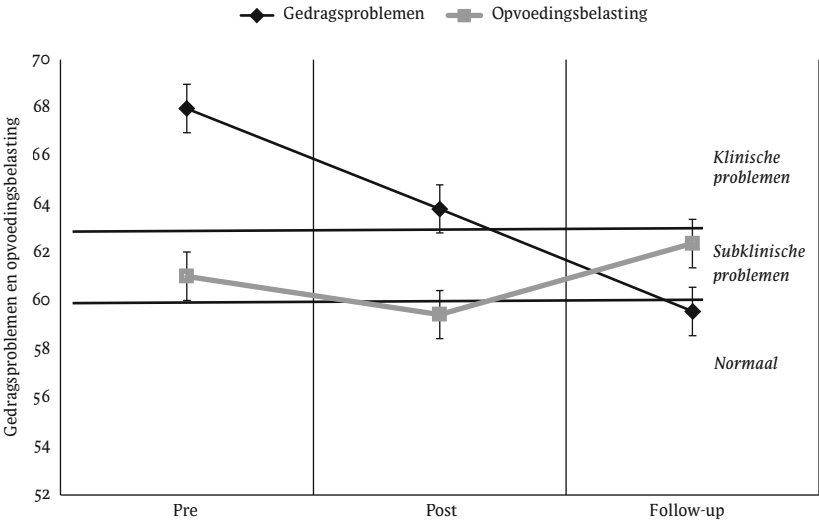
Gedragsproblemen en opvoedingsbelasting

Een *one way analysis of variance* (ANOVA) is uitgevoerd om te onderzoeken of er een verandering zichtbaar is in rapportage van gedragsproblemen en opvoedingsbelasting door de ouder/opvoeder bij start, afronding en 6 maanden na afronding van de interventie (figuur 1).

Uit deze analyse (zie tabel 3) komt naar voren dat de gerapporteerde afname van gedragsproblemen tussen het begin en het einde van de training significant is ($F(1,61) = 18,69, p < 0,001$), waarbij op beide momenten ernstige gedragsproblemen gerapporteerd worden. Op de follow-upmeting rapporteren ouders dat de gedragsproblemen in de normale range vallen. Het verschil in afname van de gedragsproblemen bij aanvang en bij de follow-up is tevens significant ($F(1,20) = 28,43, p < 0,001$).

Ouders rapporteren gemiddeld een matige opvoedingsbelasting bij aanvang van SNAP en bij de follow-up (figuur 1). Bij afronding van SNAP lag de score in de normale range en er is sprake van een significante afname van de ervaren opvoedingsbelasting ten opzichte van het begin van SNAP ($F(1, 60) = 10,13, p = 0,009$). Als gekeken wordt naar het verschil tussen de beginmeting en de follow-up, wordt er geen significant effect meer waargenomen ($F(1, 20) = 3,76, p = 0,067$) (tabel 3).

De mate van opvoedingsbelasting bij aanvang blijkt wel van invloed op de mate van verandering in gedragsproblemen bij de follow-up ($F(1) = 4,04, p = 0,06, R^2 = 0,18, \beta = 0,46$). Dit betekent dat naarmate de opvoedingsbelasting hoger was bij aanvang, de mate van verandering in gedragsproblemen bij de follow-up minder groot is. De mate van opvoedingsbelasting bij aanvang blijkt niet van invloed op de mate van verandering in gedragsproblemen na afronding van SNAP ($F(1) = 1,20, p = 0,28, R^2 = 0,02, \beta = -0,12$).



FIGUUR 1 *Gedragsproblemen en opvoedingsbelasting pre, post en bij follow-up*

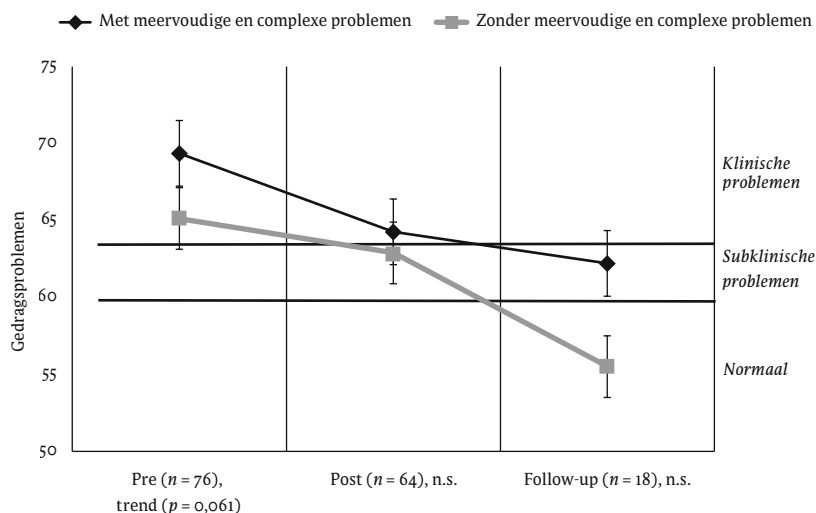
TABEL 3 *Gedragsproblemen en opvoedingsbelasting van de totale onderzoeksgroep*

Uitkomstmaat	Pre	Post	Follow-up	Verschil-score tussen pre en post	Verschil-score tussen pre en follow-up
	M (SD)				
Externaliserend gedrag (CBCL)	67,98 (9,65)	63,83 (9,99)	59,59 (11,91)	$n = 62$ $F(1,61) = 18,69$, $p < 0,001^*$	$n = 22$ $F(1,21) = 31,35$, $p < 0,001^*$
Opvoedingsbelasting (OBVL)	61,04 (12,29)	59,46 (11,53)	62,40 (10,62)	$n = 61$ $F(1,60) = 10,134$, $p = 0,002^*$	$n = 21$ $F(1,20) = 3,760$, $p = 0,67$

Noot. CBCL = Child Behavior Checklist 6-18; OBVL = Opvoedingsbelastingvragenlijst.

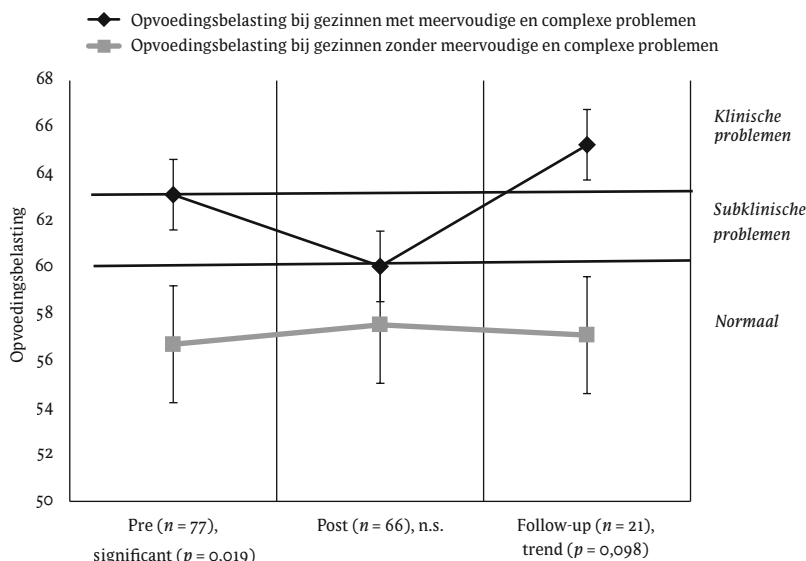
* Significant verschil, $p < 0,01$

Wanneer kinderen uit gezinnen met en gezinnen zonder MCP met elkaar worden vergeleken, scoren kinderen uit MCP-gezinnen ($M = 69,35$, $SD = 8,54$) op trendniveau bij aanvang hoger op mate van gedragsproblemen dan kinderen uit gezinnen zonder MCP ($M = 65,12$, $SD = 10,81$) ($t(74) = -1,905$, $p = 0,061$) (zie figuur 2). Er wordt tussen de groepen geen verschil gevonden in de mate van verandering in gedragsproblemen gerapporteerd door ouders na afloop van de interventie.



FIGUUR 2 *Gedragsproblemen bij gezinnen met en zonder meervoudige en complexe problemen*

De opvoedingsbelasting wordt bij aanvang significant hoger ervaren ($t(77) = -2,405$, $p = 0,019$) door ouders afkomstig uit gezinnen die worden gekenmerkt als MCP-gezinnen ($M = 63,11$ (matige problemen), $SD = 11,64$) in vergelijking tot andere gezinnen ($M = 56,71$ (normaalscore), $SD = 11,88$) (figuur 3). Op de nametingen blijft de rapportage op gedragsproblemen en opvoedingsbelasting in absolute zin hoger bij MCP-gezinnen, maar is er geen sprake meer van een significant verschil tussen de twee groepen gezinnen. Ook wordt er tussen de twee groepen geen verschil gezien in de mate van verandering in opvoedingsbelasting na afloop van de interventie.



FIGUUR 3 *Opvoedingsbelasting bij gezinnen met en zonder meervoudige en complexe problemen*

DISCUSSIE

SNAP lijkt succesvol in het bereiken en behouden van gezinnen met meervoudige en complexe problemen (MCP-gezinnen). Ook lijkt SNAP bij te dragen aan een afname van gedragsproblemen en opvoedingsbelasting. De mate van opvoedingsbelasting bij aanvang blijkt niet van invloed op de mate van verandering in gedragsproblemen na afronding van SNAP. Ouders uit MCP-gezinnen rapporteren een hogere opvoedingsbelasting bij aanvang van de interventie dan ouders uit gezinnen zonder MCP.

In vergelijking met andere interventies (genoemd in de inleiding), zien we dat SNAP relatief veel gezinnen bereikt heeft waarbij er sprake is van gescheiden ouders, een lage sociaal-economische positie en een migratieachtergrond. Ook is er relatief weinig uitval. Het lijkt dus goed te lukken om juist ook MCP-gezinnen zowel te bereiken als te behouden met de interventie SNAP.

De interviews laten zien dat een groot deel van de in de literatuur genoemde elementen voor effectief bereik terugkomt in de interventie. Hierbij valt op dat betrokkenheid, een outreachende en proactieve opstelling, een individuele, flexibele benadering, en een respectvolle houding vanuit de trainers het meeste worden genoemd. Minder vaak wordt genoemd dat er (veel) aandacht is voor de krachten van het gezin en dat de praktische aard

van de geboden hulp wisselend is. Als deze elementen meer aandacht krijgen binnen de interventie, zou deze mogelijk nog effectiever kunnen zijn.

Als we inzoomen op mogelijke resultaten van de interventie voor de groep in zijn geheel, blijken gedragsproblemen te zijn afgenomen bij afronding van de interventie en bij de follow-up. Hierbij duiden ouders gedragsproblemen als ernstig bij aanvang en einde, en als normaal bij de follow-upmeting, een zeer positieve ontwikkeling. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de geleerde sociaal-emotionele vaardigheden ook in de periode na afloop van de interventie zijn behouden of zelfs verstevigd, en dat de negatieve spiraal waarin het kind in relatie tot zijn omgeving zat, is doorbroken. Vanuit de klinische praktijk weten we verder dat veel van deze gezinnen ook na afronding van SNAP nog (na)zorg ontvangen, wat mogelijk heeft bijgedragen aan het steviger verankeren van de geleerde vaardigheden. Ook is er een suggestie dat er bij de eindmeting sprake is van onderrapportage, bijvoorbeeld vanuit de boodschap geen bemoeienis meer te wensen. Dit achten wij echter minder waarschijnlijk, aangezien in de klinische praktijk ervaren wordt dat cliënten over het algemeen meer inzicht krijgen in de problematiek, en een eerlijker en reëler beeld willen en durven geven over de eigen situatie.

In deze studie is niet gebruikgemaakt van een design met een controlegroep. Dit maakt dat strikt genomen causaliteit niet kan worden aangetoond. Echter, wij hebben redenen om te verwachten dat de afname in gedragsproblemen gerelateerd is aan het volgen van SNAP. Met name omdat er bij de kinderen die hebben deelgenomen sprake was van ernstige externaliserende problemen die al langere tijd bestonden en waarvoor al vaker hulp gezocht is. Het is niet aannemelijk dat deze problematiek door toevallige factoren wezenlijk is veranderd. Dit wordt ook onderschreven door studies naar het beloop van externaliserende problemen, die over de tijd heen vrij stabiel blijven (Loeber, 1982; Loeber & Hay, 1997).

Opvallend is dat de ervaren opvoedingsbelasting in de totale onderzoeksgroep bij aanvang als matig ernstig wordt gerapporteerd. Mogelijk geeft de wijze waarop opvoedingsbelasting in dit onderzoek is uitgevraagd geen betrouwbaar beeld van hoe de ouders of opvoeders in de onderzochte doelgroep de opvoedingsbelasting ervaren en kan een andere manier van uitvragen een betere weerspiegeling geven. Daarnaast is er mogelijk sprake van een neiging tot een ontkenning van problemen op het gebied van opvoedingsbelasting bij ouders of verzorgers, die toch al kampen met forse stress en problemen, zoals binnen de onderzochte doelgroep. Een andere mogelijkheid is dat zij de ervaren belasting of stress niet relateren aan de opvoeding van hun zoon, maar (eerder) aan andere problemen die zij in hun leven ervaren. Vervolgonderzoek kan zich richten op het in kaart brengen van het algehele stressniveau bij ouders, en hoe dat gerelateerd is aan de verschillende leefgebieden en rollen die zij vervullen in het dagelijks leven.

Daarnaast wordt er geen verandering in opvoedingsbelasting gemeten bij de nameting. Voor deze bevinding zijn meerdere verklaringen denkbaar.

Het feit dat de opvoedingsbelasting bij aanvang reeds als matig ernstig werd gerapporteerd, is op zichzelf een mogelijke verklaring voor het uitblijven van een daling. Daarnaast is er mogelijk geen relatie tussen een verandering (verbetering) in opvoedingsvaardigheden en de ervaren opvoedingsbelasting. SNAP heeft tenslotte primair als doel om de opvoedingsvaardigheden van ouders te versterken (waarbij in dit onderzoek niet is gemeten in hoeverre dit ook effectief is gebleken). Vervolgonderzoek dat zich richt op in hoeverre verandering in opvoedingsvaardigheden in relatie staat tot (verandering in) opvoedingsbelasting zou interessant zijn.

Ten slotte zou afwezigheid van verandering (afname) in opvoedingsbelasting juist in gezinnen waarin er al veel stressoren zijn, kunnen samenhangen met het feit dat het versterken en vasthouden van opvoedingsvaardigheden een hoge(re) mate van inspanning vraagt van de betreffende ouders, waarmee de (opvoedings)stress weinig veranderlijk is na het volgen van een interventie als SNAP.

Zoals verwacht rapporteren ouders van MCP-gezinnen bij aanvang een hogere opvoedingsbelasting in vergelijking tot gezinnen zonder MCP. Dit verschil is er niet meer na de interventie. Tevens valt op dat bij de gezinnen zonder MCP de opvoedingsbelasting weinig fluctuatie laat zien over de verschillende meetmomenten. Er wordt geen verschil gezien in de mate van verandering van gedragsproblemen en opvoedingsbelasting tussen gezinnen met MCP en die zonder MCP. Dit kan betekenen dat er geen verschil zit in de mate waarin de twee groepen kunnen profiteren van de interventie. Dit is een mooie bevinding, met name voor de groep kinderen uit MCP-gezinnen.

Over de totale onderzoeksgroep bezien, blijkt de mate van opvoedingsbelasting bij aanvang niet van invloed te zijn op de mate van verandering in gedragsproblemen bij de nameting, maar wel in negatieve zin bij de follow-up. Ook hier zou sprake kunnen zijn van beperkt betrouwbare wijze waarop de opvoedingsbelasting is gemeten. Vervolgonderzoek met gebruikmaking van bijvoorbeeld meerdere respondenten en meetinstrumenten zou hier meer zicht op kunnen geven. Een reële suggestie is ook dat een factor als opvoedingsvaardigheden een betere voorspeller is voor een verandering in gedragsproblemen, juist ook omdat de interventie in deze studie beoogt daarop aan te grijpen.

Mogelijk speelt verder een rol dat ouders en kinderen gedurende de training intensief worden begeleid en ondersteund, wat maakt dat ervaren opvoedingsbelasting bij aanvang een minder grote rol speelt in de mate waarin kinderen profiteren van de training. Wanneer dit intensieve en gestructureerde zorgprogramma (bij follow-up) en het steunende netwerk wegvallen, vinden kinderen bij wie bij aanvang meer opvoedingsbelasting werd ervaren het (net als hun ouders) mogelijk moeilijker om de geleerde vaardigheden vast te houden.

Aannemelijk is voorts dat de ervaren opvoedingsbelasting niet (alleen) samenhangt met gedragsproblemen van het kind, maar dat juist de combina-

tie met andere problemen binnen het gezin op psychosociaal en sociaal-economisch gebied (waarop niet aangegrepen wordt door de interventie) leidt tot verhoogde stressoren, die het vasthouden van de geleerde vaardigheden bemoeilijken, met name ook als het ervaren steunende netwerk minder wordt. Deze gedachtegang sluit aan bij de in de inleiding omschreven werkzame elementen bij deze doelgroep, en ondersteunt het belang van voortdurende ondersteuning en een integrale aanpak van de problemen waarmee deze gezinnen kampen. Dit zou ervoor pleiten dat het langdurig begeleiden van deze gezinnen gericht op het verminderen van de problemen en het helpen omgaan met de stressoren belangrijk is. Naast het bieden van een (kortdurende effectieve) interventie, blijft het belangrijk om een financiële en inhoudelijke context te creëren waarin kwetsbare MCP-gezinnen voor langere tijd ondersteund kunnen worden op alle (en juist ook op praktische) levensgebieden, teneinde de stressoren die elke nieuwe levensovergang van kinderen en ouders met zich meebrengen voldoende het hoofd te kunnen bieden (Zoon et al., 2020). De noodzaak hiervan wordt ondersteund door de piramide van Maslow (1943), waaruit naar voren komt dat het van het grootste belang is om de basisbehoeften aan veiligheid, verzorging, onderdak en voeding op orde te hebben. In Canada, waar SNAP ontwikkeld is, bestaan er reeds uitgebreidere SNAP-programma's, die ingezet kunnen worden bij levensovergangen en op scholen (Child Development Institute, 2016a). Deze studie benadrukt het belang van een andere aanpak en bejegening van risicovolle, jonge kinderen uit MCP-gezinnen, waarbij ruimte is om de verbinding met het gezin aan te gaan en een op het gezin afgestemd aanbod te kunnen doen. Dit vraagt om visie en afspraken, vanwaaruit financiële en praktische middelen beschikbaar komen.

Uit de interviews die in deze studie zijn afgenomen komt naar voren dat het steeds moeilijker werd (en nog steeds is) om de werkzame elementen in te blijven zetten tijdens de laatste periode van de training, en wel door de (vanwege de financiële situatie) toegenomen productiedruk en door veranderingen in de contractuele afspraken met de gemeenten, een herkenbaar fenomeen in de gehele jeugd-ggz. In de praktijk betekent dit dat de mogelijkheid om nog niet ingeschreven cliënten proactief te benaderen, te motiveren en hun betrokkenheid te versterken onder druk is komen te staan, waardoor de zorg hen nog moeilijker weet te bereiken. Ook als het cliëntstelsel eenmaal in zorg is, komt de mogelijkheid om het een individuele, flexibele benadering en praktische ondersteuning te bieden onder druk te staan. Deze ontwikkeling lijkt dus het risico met zich mee te dragen dat juist gezinnen waarin de complexiteit en meervoudigheid van de problemen groot is en de risico's voor de jongste kinderen het hoogst is, steeds moeilijker in zorg te krijgen én te houden zijn.

Een beperking van de studie zijn de beperkt beschikbare gegevens, met name met betrekking tot de follow-up. Een aantal factoren heeft ertoe geleid dat we niet van de gehele onderzoeksgroep alle relevante data konden ach-

terhalen. Door de beperkte respons op sommige vragenlijsten is er mogelijk te weinig power om tot significante resultaten te kunnen komen. Ook berusten de onderzochte gegevens op zelfrapportage en is er per kind slechts één informant geweest. Een andere beperking betreft de operationalisatie en beperkte meetbaarheid van het begrip 'gezinnen met meervoudige en complexe problemen', wat vergelijking met andere evaluatiestudies bemoeilijkt. Ten slotte is een beperking van het kwalitatieve onderzoek dat er met betrekking tot werkzame elementen in de bejegening en het bereiken van de gezinnen alleen informatie vanuit de hulpverleners beschikbaar was, en dat ouders, het kind en andere betrokkenen niet zijn bevraagd.

De bevindingen van dit onderzoek geven aanleiding om nader onderzoek te doen naar in hoeverre de opvoedingsvaardigheden van ouders veranderen na een interventie, en hoe deze verandering in relatie staat tot de ervaren opvoedingsbelasting. Ook is onderzoek aangewezen naar de relatie tussen ervaren opvoedingsbelasting en gedragsproblemen bij het kind. Juist bij gezinnen waarbij langdurig sprake is van problemen op meerdere gebieden lijkt het relevant om meer zicht te krijgen op de wisselwerking over de tijd heen tussen opvoedingsvaardigheden, opvoedingsbelasting en de gedragsproblemen die zich bij het kind voordoen. Doel daarvan is aanknopingspunten voor de klinische praktijk te geven over waar een interventie zich (in eerste instantie) op zou moeten richten. Om een betrouwbaarder beeld te krijgen lijkt het ten slotte uiterst zinvol om in vervolgonderzoek meerdere respondenten mee te nemen, en niet uitsluitend gebruik te maken van gegevens die op zelfrapportage zijn gebaseerd.

CONCLUSIE

.....

SNAP blijkt kinderen uit gezinnen met meervoudige en complexe problemen goed te kunnen bereiken en te behouden tijdens de interventie. Na afloop van de interventie wordt er positieve verandering gezien wat betreft gedragsproblemen en opvoedingsbelasting. De mate van opvoedingsbelasting bij aanvang blijkt niet van invloed op de mate van verandering in gedragsproblemen na afronding van SNAP. Werkzame elementen die de betrokken trainers aangeven zijn: een hoge mate van betrokkenheid, een respectvolle houding, outreaching mogelijkheden, een individuele en flexibele benadering, en het actief betrekken van alle gezinsleden bij de hulp. Juist bij MCP-gezinnen is het bieden van langdurige en integrale zorg enorm belangrijk om de ontwikkeling van jonge kinderen zo vroeg mogelijk bij te kunnen sturen. Dit om ernstigere psychopathologie op latere leeftijd te voorkomen. Vanwege toegenomen (financiële) beperkingen lijken de mogelijkheden om werkzame elementen in het bereiken van MCP-gezinnen in te zetten onder druk te staan. Hiermee lopen we het risico dat we deze gezinnen minder weten te bereiken, met alle sociaal-emotionele en maatschappelijk gevolgen van dien.

BIJLAGE 1 INTERVIEW SNAP-TRAINERS EN SUPERVISOREN

.....

- 1 Welke groep kinderen en ouders worden naar jouw idee bereikt binnen SNAP?
- 2 Op welke wijze worden de kinderen en ouders gemotiveerd om aan SNAP deel te nemen? Wat zijn de belangrijkste uitdagingen en hoe ga je daarmee om?
- 3 In hoeverre worden naast het aangemelde kind ook de ouder(s) en broers betrokken?
- 4 Hoe leggen jullie contact met de gezinnen? Wat kom je daarin tegen en hoe los je dat op? Hoe actief zijn jullie in het benaderen van de kinderen en hun ouders?
- 5 Hoe worden ouders en kinderen betrokken bij het opstellen van het behandelplan? Hoe worden de behandeldoelen opgesteld (noem eens voorbeelden)?
- 6 Hoe kijk je aan tegen deze kinderen en hun ouders?
- 7 Welke middelen staan jullie ter beschikking in het bereiken en motiveren van de kinderen en hun gezinnen? Hoe, wanneer en waarom worden deze middelen ingezet?
- 8 Welk hulpaanbod hebben jullie en hoe wordt bepaald wat er wanneer wordt ingezet?
- 9 Op welke wijze komen klachten en krachten van het gezin terug in SNAP?
- 10 In hoeverre wordt er samengewerkt met alle betrokken instellingen?
- 11 In hoeverre is er aandacht voor de bredere sociale omgeving van deze gezinnen?
- 12 In hoeverre is er ondersteuning en deskundigheidsbevordering voor de hulpverleners beschikbaar?

BIJLAGE 2 KENMERKEN ANALYSE-INTERVIEWS (BERG-LE CLERCQ ET AL., 2012)

.....

- 1 **Betrokkenheid.** Veel multiprobleemgezinnen hebben slechte ervaringen met autoriteiten, wat leidt tot een wantrouwen in hulpverleners. Het is belangrijk een *vertrouwensrelatie* met het cliëntsysteem op te bouwen.
- 2 **Outreaching opstellen.** Dit betekent dat de hulpverlener naar het gezin toe gaat, zich actief opstelt bij het onderhouden van contact met het gezin en flexibel kan omgaan met de tijdstippen waarop er contact is met het gezin.

- 3 **Respectvolle houding.** De ouders serieus nemen, oog hebben voor wat er wel goed gaat in het gezin en dit erkennen.
- 4 **Empowerend opstellen.** Ouders als gelijkwaardig zien en aansluiten bij de krachten in het gezin en deze activeren. Werken aan concrete doelen waarover overeenstemming is bereikt tussen het gezin en de hulpverlener.
- 5 **Individuele, flexibele benadering hanteren.** Behoeften en omstandigheden kunnen veranderlijk zijn.
- 6 De omgang met het gezin dient tevens **praktisch** van aard te zijn.
- 7 De hulp wordt **in de leefomgeving** van het gezin aangeboden.
- 8 Aandacht voor de **breder sociale omgeving** van deze gezinnen. Dit betekent dat er niet alleen aandacht moet zijn voor de risicofactoren binnen het gezin zelf, maar ook voor achterliggende oorzaken van ongelijkheid, marginalisering en intergenerationele problemen.
- 9 **Alle gezinsleden krijgen hulp.** Immers, het hele gezin zal betrokken moeten zijn bij de veranderingen die plaatsvinden door de interventie.
- 10 Een **goede samenwerking (ketenaanpak) tussen alle betrokken instellingen.**
- 11 **Ondersteuning en deskundigheidsbevordering van de hulpverleners** die dagelijks met de gezinnen met complexe en meervoudige problemen te maken hebben.

Deze studie is tot stand gekomen met medewerking van Pluryn. De auteurs danken alle cliënten, ouders en medewerkers van Pluryn die deze studie mogelijk hebben gemaakt.

Miranda Tong Sang was ten tijde van de dataverzameling in opleiding tot klinisch psycholoog-psychotherapeut bij Kenter Jeugdhulp. Ze is inmiddels werkzaam als directeur en klinisch psycholoog-psychotherapeut bij YouSense.

Lieke van Domburgh was ten tijde van de dataverzameling directeur Kwaliteit van zorg en innovatie bij Pluryn. Ze is inmiddels bestuurder bij iHub en senior onderzoeker aan het Amsterdam UMC.

Correspondentieadres: Miranda Tong Sang, Jac. P. Thijsselaan 53, 1431 KD Aalsmeer.
E-mail: miranda@yousense.nl.

Summary *Reaching complex families with behavioral intervention SNAP: (un)feasible?*

Children with behavioral problems from families with multiple and complex problems (MCP) are more at risk of escalating problems. At the same time, many interventions reach these families less well, and behavioral change, e.g. due to parental upbringing, seems more difficult. This study investigates Stop Nu Ander Plan ($n = 111$), an outreaching group intervention for children with behavioral problems. It was investigated whether children from families with MCP are

reached, what the active elements are in this, whether behavioral problems decrease, and what the relationship is with parenting stress. Almost half the children appear to come from families with MCP and 92.5% of them completed the intervention. Involvement, an outreaching and proactive attitude, an individual, flexible approach, and a respectful attitude seem to be effective elements. Behavioral problems and parenting stress are lower after the intervention. At follow-up, only reduction in behavioral problems is seen. Parenting stress at the start is not related to change in behavioral problems. The findings support the need for continued investment in the effective elements to reach this target group.

Keywords *SNAP, families with multiple and complex problems, behavioral problems, parenting stress*

Literatuur

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. University of Vermont Department of Psychiatry.
- Asscher, J. J., & Paulussen-Hoogbeem, M. C. (2005). De invloed van protectieve en risicofactoren op de ontwikkeling en opvoeding van jonge kinderen. *Kind en Adolescent*, 26, 56-69.
- Assemany, A. E., & McIntosh, D. E. (2002). Negative treatment outcomes of behavioral parent training programs. *Psychology in the Schools*, 39, 209-219.
- Augimeri, L. K., Farrington, D. P., Koegl, C. J., & Day, D. M. (2007). The SNAP Under 12 Outreach Project: Effects of a community based program for children with conduct problems. *Journal of Child and Family Studies*, 16, 799-807.
- Augimeri, L. K., Koegl, C. J., Webster, C. D., & Levene, K. S. (2001). *Early Assessment Risk List for Boys: EARL-20B, version 2*. Earls court Child and Family Centre.
- Barlow, J., & Stewart-Brown, S. (2000). Behavioral problems and group-based parent education programs. *Journal of Developmental and Behavioral Paediatrics*, 21, 356-370.
- Berg-Le Clerq, T., Zoon, M., & Kalsbeek, A. (2012). *Wat werkt in multiprobleemgezinnen?* Nederlands Jeugd Instituut.
- Bodden, D. H., & Deković, M. (2016). Multiproblem families referred to youth mental health: What's in a name? *Family Process*, 55, 31-47.
- Boendermaker, L., Lekkerkerker, L., Dekovic, M., Foolen, N., & Vermeij, K. (2010). *Oudertrainingen bij de jeugd-reclassering: Onderzoek naar de uitvoering en de uitkomsten van de opvoedworkshop en de oudertraining uit het pakket 'Ouders van Tegendraadse Jeugd', toegepast bij de jeugd-reclassering*. NJi & Capaciteitsgroep Pedagogiek, Universiteit Utrecht.
- Burke, J. D., & Loeber, R. (2016). Mechanisms of behavioral and affective treatment outcomes in a cognitive behavioral intervention for boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44, 179-189.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). (2021, 16 november). *StatLine: Bevolking; onderwijsniveau en -richting 2003-2021*. <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/82816NED/table?dl=4CFE3>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). (2022, 22 augustus). *StatLine: Bevolking; kerncijfers, 1950-2022*. <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/>

- dataset/37296ned/table?ts=1626167923318
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). (2023). *Huishoudens nu*. www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dash-board-bevolking/woonsituatie/huishoudens-nu
- Child Development Institute. (2016a). *Other SNAP® Programs*. <https://childdevelop.ca/snap/snap-programs/other-snap-programs>
- Child Development Institute. (2016b). *SNAP® Boys*. <https://childdevelop.ca/snap/snap-programs/snap-boys>
- Damen, H., & Veerman, J. W. (2009). *Effectiviteitsonderzoek Families First: De relatie tussen uitvoering en uitkomsten tot een jaar na afsluiting van de behandeling*. Praktikon.
- Distelbrink, M., Essayah, Q., van Heerebeek, M., Ketner, S., & Winkelman, C. (2011). *Triple-P Divers: Ervaringen met een opvoedprogramma in veelkleurig Amsterdam*. Kenniswerkplaats Tienplus.
- Dumas, J. E., Wolf, L. C., Fisman, S. N., & Culligan, A. (1991). Parenting stress, child behavior problems, and dysphoria in parents of children with autism, down syndrome, behavior disorders, and normal development. *Exceptionality*, 2, 97-110.
- Ellens, R. (2014). *De effecten van PMTO, een veranderingssstudie en een case-studie*. Universiteit van Amsterdam.
- Evenboer, K. E., Reijneveld, S. A., & Jansen, D. E. M. C. (2018). Improving care for multiproblem families: Context-specific effectiveness of interventions? *Children and Youth Services Review*, 88, 274-285.
- Goderie, M., & Steketee, M. J. (2003). *Gezinnen in onbalans*. Verwey-Jonker Instituut.
- Jansen, D. E. M. C., Klaassen-Vermaat, M., Evenboer, K. E., & Reijneveld, S. A. (2015). What works for multiproblem families? Availability of evidence-based interventions in The Netherlands. *European Journal of Public Health*, 25, Supplement 3.
- Kazdin, A. E., & Whitley, M. K. (2003). Treatment of parental stress to enhance therapeutic change among children referred for aggressive and antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 504-515.
- Lewis, M. D., Granic, I., Lamm, C., Zelazo, P. D., Stieben, J., Todd, R. M., Moadab, I., & Pepler, D. (2008). Changes in the neural bases of emotion regulation associated with clinical improvement in children with behavior problems. *Development and Psychopathology*, 20, 913-939.
- Lipman, L. E., Kenny, M., Brennan, E., O'Grady, S., & Augimeri, L. (2011). Helping boys at risk of criminal activity: Qualitative results of a multi-component intervention. *BMC Public Health*, 11, 364.
- Loeber, R. (1982). The stability of antisocial and delinquent child behavior: A review. *Child Development*, 53, 1431-1446.
- Loeber, R. & Hay, D. F. (1997). Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annual Review of Psychology*, 48, 371-410.
- Loeber, R., Slot, N. W., van der Laan, P. H., & Hoeve, M. (2008). *Tomorrow's criminals: The development of child delinquency and effective interventions*. Ashgate.
- Lubberts, E. (2013). *Voor wie werkt PMTO (niet)? Welke buiten de methodiek gelegen factoren hebben invloed op het effect van de interventie PMTO?* Rijksuniversiteit Groningen.
- Maggi, S., Irwin, L. J., Siddiqi, A., & Hertzman, C. (2010). The social determinants of early child development: An overview. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46, 627-635.
- Maliken, A. C., & Katz, L. F. (2013). Exploring the impact of parental psychopathology and emotion regulation on

- evidence-based parenting interventions: A transdiagnostic approach to improving treatment effectiveness. *Clinical Child Family Psychology Review*, 16, 173-186.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396.
- Metselaar, J. (2011). *Vraaggerichte en gezinsgerichte jeugdzorg: Evaluatie van het programma Gezin Centraal: Processen en uitkomsten*. Rijksuniversiteit Groningen.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., & Milne, B. J. (2002). Males on the life course persistent and adolescence limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Development and Psychopathology*, 14, 179-207.
- Moor, I., Pannebakker, N., Wins, S., & Kocken, P. (2018). De ervaringen van multiprobleemgezinnen met communicatie in de zorg. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 96, 329-331.
- Nederlands Jeugdinstituut (Nji). (2022). *Databank effectieve jeugdinterventies*. www.nji.nl/nl/databank/effectieve-jeugdinterventies/interventies/erkend
- Onrust, S. A., de Graaf, I. M., & van der Linden, D. (2012). De meerwaarde van Triple P: Resultaten van een gerandomiseerde effectstudie van de Triple P gezinsinterventie bij gezinnen met meervoudige problematiek. *Kind en Adolescent*, 33, 60-74.
- Overgaag, M. J. H., van Tuijl, C., & Verkerk, G. (2008). *Triple P blijvend effectief? Effectiviteit na 6 maanden van de groepstraining Triple P niveau 4*. Universiteit van Utrecht.
- Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming. (2020). *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen* [Richtlijn]. <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/gezinnen-met-meervoudige-en-complexe-problemen>
- Ross, C. N., & Blanc, H. M. (1998). Parenting stress in mothers of young children with oppositional defiant disorder and other severe behavior problems. *Child Study Journal*, 28, 93-111.
- Schuiringa, H. (2014). *Children with mild to borderline intellectual disabilities and externalizing behavior: Individual characteristics, family functioning and treatment effectiveness* [Proefschrift]. Universiteit Utrecht.
- Steketee, M., & Vandenbroucke, M. (2010). *Typologie voor een strategische aanpak van multiprobleemgezinnen in Rotterdam: Een studie in het kader van Klein maar Fijn CEPHIR*. Verwey-Jonker Instituut.
- Stoltz, S. E. M. J. (2012). *Stay cool kids?! Effectiveness, moderation and mediation of a preventive intervention for externalizing behavior*. Universiteit van Utrecht.
- Stoltz, S., van Londen, M., Deković, M., Orobio de Castro, B., & Prinzie, P. (2013). Alles Kidzzz: RCT naar een preventieve geïndiceerde individuele interventie voor agressie op de basisschool. *Kind & Adolescent*, 34, 92-108.
- Tabibian, N. (2006). *Effectiviteit van interventies voor multiprobleemgezinnen*. Verwey-Jonker Instituut.
- van de Wiel, N., Matthys, W., Cohen-Kettenis, P., Maassen, G. H., Lochman, J. E., & van Engeland, H. (2007). The effectiveness of an experimental treatment when compared with care as usual depends on the type of care as usual. *Behavior Modification*, 31, 298-312.
- Veerman, J. W., de Kemp, R. A. T., ten Brink, L. T., Slot, N. W., & Scholte, E. M. (2003). The implementation of Families First in The Netherlands: A one year follow-up. *Child Psychiatry & Human Development*, 33, 227-244.
- Verhulst, F. C., & van der Ende, J. (2013). *Handleiding ASEBA-Vragenlijsten voor*

- leeftijden 6 t/m 18 jaar: CBCL/6-18, YSR en TRF. ASEBA Nederland.
- Vermulst, A., Kroes, G., de Meyer, R., Nguyen, L., & Veerman, J. W. (2015). *Handleiding OBVL*. Praktikon BV.
- Versteeg, K. (2016). *Een studie naar de effectiviteit van Basic Trust: Een interventie gericht op hechtingsproblematiek bij adoptiegezinnen*. Universiteit van Amsterdam.
- Zoon, M., van Rooijen, K., & Berg-Le Clercq, T. (2020). *Wat werkt in gezinnen met meervoudige en complexe problemen?* Nederlands Jeugdinstituut.

Gebruik van serious games in de ggz

Attitude en bereidheid van cliënten en behandelaars

JOANNE MOUTHAAAN, MARIE-LOUISE KULLBERG, JESSICA HUSS,
CHRISTIANE EICHENBERG & MAARTJE SCHOORL

Samenvatting

Ondanks een sterke stijging in het gebruik van *e-mental health* en toenevend bewijs voor de geschiktheid en effectiviteit ervan, wordt *gamification*, bijvoorbeeld in de vorm van *serious games*, in de ggz relatief weinig benut. De attitudes en verwachtingen van gebruikers beïnvloeden de succesvolle implementatie van nieuwe toepassingen. In deze studie onderzochten we de houding van Nederlandse behandelaars en patiënten in de ggz ten aanzien van serious games. Als onderdeel van een internationaal project vulden 90 cliënten en 127 behandelaars in Nederland een vragenlijst in over het gebruik van serious games. Bekendheid met serious games (behandelaars: 52%; cliënten: 17%) en het gebruik ervan (voor beide groepen: 3%) waren laag, maar driekwart van de behandelaars en cliënten stond positief tegenover toepassing in toekomstige behandelingen. Een positieve houding tegenover het gebruik van serious games hing samen met de bereidheid die te gebruiken. Meer bekendheid met serious games, meer (toegang tot) bewijs voor de effectiviteit ervan, steun vanuit vakverenigingen en vergoeding door zorgverzekeraars kunnen leiden tot een positieve stimulans bij de betrokkenen, en zo ook indirect de bereidheid van behandelaars en cliënten vergroten. Met deze inzichten kunnen de omstandigheden worden verbeterd voor de toepassing van serious games in de ondersteuning van conventionele behandeling.

Trefwoorden: serious games, e-mental health, attitudes, gebruikers, cliënten, behandelaars

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Serious games worden in de ggz nog weinig gebruikt.
- ▶ Behandelaars en cliënten zijn niet heel bekend met serious games, maar staan wel positief tegenover toepassing ervan in behandelingen.
- ▶ Meer bekendheid met serious games, meer bewijs voor de effectiviteit ervan, steun vanuit vakverenigingen en vergoeding door zorgverzekeraars kunnen leiden tot meer toepassing van serious games als ondersteuning van behandelingen.

INLEIDING

.....

Sinds de wereldwijde uitbraak van COVID-19 heeft er binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz) een grote verschuiving plaatsgevonden naar het gebruik van digitale middelen voor de hulpverlening. De gezondheids crisis lijkt een katalysator te zijn voor het implementeren van e-mental health (Wind et al., 2020). Om eventuele toekomstige situaties zoals de coronapandemie het hoofd te bieden, is er toenemende aandacht gekomen voor langetermijnoplossingen en structurele veranderingen in de ggz om de kwaliteit van zorg te blijven garanderen. E-mental health behelst alle gebruik van digitale technologieën en nieuwe media voor de gezondheidszorg in de breedte: van screening, gezondheidsbevordering, preventie, vroege interventie, behandeling en terugvalpreventie, tot het verbeteren van de middelen tot gezondheidszorg (zoals het elektronisch patiëntendossier), beroepsopleiding (zoals e-learning) en online onderzoek naar psychische gezondheid (Riper et al., 2010). E-mental health is toegankelijk, beschikbaar, eenvoudig inzetbaar en te gebruiken voor mensen in isolatie (Granja et al., 2018). De verwachting is daarom dat het toegenomen gebruik van e-mental health deels blijvend zal zijn, bijvoorbeeld in aanvulling op traditionele hulpverlening of als *blended care* (Blumenstyk, 2020; Kooistra et al., 2019; van der Vaart et al., 2014). Om de huidige zorg te continueren en de verwachte toename van psychische problemen het hoofd te bieden, riep een groep Nederlandse deskundigen en behandelaars op om sneller de overstap naar *blended care* te maken (Wind et al., 2020).

In *blended care* ondersteunt e-mental health de conventionele hulpverlening door patiënten te helpen om de inhoud van de therapiesessies beter te begrijpen en te beheersen. Dit heeft een gunstige invloed op het herstelproces en de kwaliteit van leven (GGZ Standaarden, 2017). Online communicatie en digitale interventies zijn bovendien kostenefficiënt gebleken voor verschillende gezondheidstoepassingen (Musiat & Tarrier, 2014). Serious games zijn educatieve interactieve computergames en kunnen worden gerangschikt onder de noemer e-mental health. Met serious games kunnen laagdrempelig cognitieve en gedragsvaardigheden getraind worden die ef-

fect hebben op het ervaren van en omgaan met psychische klachten, zoals doelen stellen, problemen oplossen, het geheugen trainen of lichaamsbeweging stimuleren (Lau et al., 2016; Zayeni et al., 2020).

SPARX is een voorbeeld van een driedimensionaal fantasiespel om jongeren cognitieve gedragstherapie te geven. De speler doorloopt verschillende werelden, leert op die manier vaardigheden aan en past die toe op verschillende situaties (Merry et al., 2012). In Nederland hebben Derks en collega's (2019) in een RCT aangetoond dat de serious game *You & I* effectief was in het verbeteren van het vermogen tot mentaliseren bij volwassenen met milde tot borderline intellectuele vaardigheden (Derks et al., 2019). Onder andere het Trimbos-instituut voert momenteel onderzoek uit naar video-games voor de behandeling van angststoornissen en depressie bij kinderen en jongeren (Trimbos-instituut, 2021). Ook bij patiënten met schizofrenie bleek een serious game positieve effecten te hebben (Amado et al., 2016): hun aandacht en werkgeheugen verbeterden, de onderzoekers zagen een toename in autonomie, en patiënten rapporteerden meer energie te hebben om een baan te zoeken of deel te nemen aan maatschappelijke activiteiten (Amado et al., 2016). Afhankelijk van het doel van de game, de behandeling en de patiëntengroep (Fleming et al., 2017), kunnen serious games ofwel zelfstandig thuis worden uitgevoerd, zoals in het geval van SPARX (Merry et al., 2012), ofwel binnen de muren van de therapiekamer, zoals bij virtualrealitytoepassingen voor posttraumatische-stressstoornis (PTSS; Meyerbröker & Morina, 2021) of voor psychose (Pot-Kolder et al., 2018).

Serious games zijn met succes toegepast bij het diagnosticeren en behandelen van verschillende psychische stoornissen, zoals stemmingsstoornissen (Fleming et al., 2017; Li et al., 2016), autismespectrumstoornissen (Grynszpan et al., 2014), PTSS (Kothgassner et al., 2019), ADHD (Peñuelas-Calvo et al., 2020), eetstoornissen (Fernandez-Aranda et al., 2015) en alcoholverslaving (Verduin et al., 2013), en toepasbaar gebleken bij jong en oud (Koivisto & Malik, 2020; Lau et al., 2016). Verder laat een recente meta-analyse zien dat serious gaming helpt om kennis over effectieve angst- en woebeheersing te vergroten, en bovendien om therapietrouw, motivatie en de therapeutische relatie te verbeteren (Eichenberg & Schott, 2017). Vanwege hun toegankelijkheid en speelse karakter vormen serious games een breed inzetbare ondersteuning van conventionele therapieën.

Ondanks positieve onderzoeksresultaten en pogingen om online behandelingen te implementeren in de huidige ggz, werd e-mental health, met name serious games, tot voor kort nog relatief weinig benut (Mohr et al., 2018). Succesvolle implementatie van innovatieve (behandel)methoden is afhankelijk van diverse factoren, die kunnen worden gecategoriseerd in vijf domeinen: (1) innovatiekenmerken (zoals de wetenschappelijke basis voor de innovatie en de kosten), (2) externe setting (zoals aansluiting bij gebruikersbehoeften en extern beleid), (3) interne setting (cultuur en implementatieklimaat), (4) individuele kenmerken, en (5) proces (zoals planning en

uitvoer) (Ross et al., 2016). Attitude en bereidheid tot gebruik vormen onderdeel van het domein 'individuele kenmerken'. Het in kaart brengen van de houding van therapeuten en patiënten tegenover serious games, en hun bereidheid die te gebruiken, kan richting geven aan het implementatieproces. Onderzoek onder studenten laat zien dat positieve verwachtingen van de speler en vertrouwen in eigen gamingvaardigheden een grote rol spelen in de bereidheid om serious games te gebruiken (Kreutzer & Bowers, 2015). Hoe behandelaars en patiënten in Nederland aankijken tegen het gebruik van serious games bij behandeling is tot op heden niet bekend. In een lopend internationaal project worden de attitudes van patiënten en behandelaars tegenover het toepassen van serious games in therapie verkend en cross-nationaal vergeleken (Eichenberg et al., 2016). Met dit doel worden data verzameld in Duitsland, Nieuw-Zeeland, Slovenië, Spanje, Frankrijk, Italië, de Verenigde Staten en Nederland. Resultaten van de studie onder Duitssprekende therapeuten en patiënten laten zien dat het bestaan van serious games bij beide groepen relatief onbekend is (89%), maar dat de bereidheid om serious games te gebruiken in therapie in beide groepen even groot is (Eichenberg et al., 2016). In de huidige studie, die deel uitmaakt van de eerder genoemde internationale vergelijkingsstudie (Eichenberg et al., 2016), onderzoeken we de houding van Nederlandse behandelaars en patiënten tegenover serious games in de ggz. Daarbij verkennen we in hoeverre behandelaars en patiënten bekend zijn met serious games voor behandeling in de ggz, in hoeverre zij serious games in deze context hebben gebruikt en in hoeverre zij bereid zijn serious games in behandeling te gebruiken. Daarnaast onderzoeken we de redenen van patiënten en behandelaars om serious games wel of niet te gebruiken, welke functionaliteiten van serious games zij relevant achten, en wat zij aangeven als voorwaarden voor implementatie. Tevens vragen we behandelaars of zij serious games geschikt vinden bij specifieke psychische problemen en leeftijdsgroepen. Ten slotte toetsen we bij beide groepen in hoeverre persoonskenmerken, mediagebruik en gamingervaring van invloed zijn op de houding van deelnemers tegenover serious games, en hoe deze houding in relatie staat tot de bereidheid van patiënten en behandelaars om serious games te gebruiken in behandeling.

METHODEN

.....

Deelnemers en procedure

.....

Professionals in de geestelijke gezondheidszorg (vanaf hier 'behandelaars' genoemd) konden meedoen als zij op het moment van onderzoek enige vorm van psychologische behandeling gaven binnen de ggz. Cliënten kwamen in aanmerking als zij op het moment van onderzoek of in het verleden in be-

handeling waren in de Nederlandse ggz. Respondenten waren tussen 18 en 85 jaar oud. Uitnodigingen voor de online vragenlijst werden verspreid onder studenten van de Universiteit Leiden, via sociale media en op publieke locaties (onder andere in ziekenhuizen en tijdens bijeenkomsten van professionals in de ggz).

De vragenlijst startte met een korte definitie van serious games en twee voorbeelden: SPARX (www.sparx.org.nz) en SCOTT (Social Cognition Training Tool; www.scott-training.de). Naast demografische variabelen (onder andere leeftijd, sekse en beroep) werd deelnemers gevraagd naar het gebruik van elektronische middelen in het algemeen, hun ervaring met het spelen van computer- en videogames, hun ervaring met serious games, onder welke omstandigheden zij digitale toepassingen zouden gebruiken (bijvoorbeeld bij welke psychische stoornissen), op welk moment in de behandeling en welke criteria voor hen dat gebruik zouden bepalen. Verdere vragen waren gericht op relevante functionaliteiten voor serious games in behandeling, redenen voor het wel of niet gebruiken ervan, voorwaarden voor implementatie van serious games in de praktijk, en houding tegenover serious games. Het invullen van de vragenlijst nam 15-20 minuten in beslag.

De studie is goedgekeurd door de Commissie Ethiek Psychologie van de Universiteit Leiden (CEP19-1002/489). Als vergoeding werd onder elke 25 deelnemende cliënten één waardebon van 25 euro verloot, hadden eerstejaarsstudenten de optie om één studiecredit te verwerven en maakten deelnemende behandelaars kans op een waardebon van 50 euro, te gebruiken voor een evenement van het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP).

Instrumenten

Gebruik van digitale middelen. Om het gebruik van digitale middelen (smartphone, tablet, computer, laptop, wearables, gameconsole) in kaart te brengen, gaven deelnemers hun gebruik aan op een zespuntsschaal, lopend van 'dagelijks' (5), 'meerdere keren per week' (4), 'eens per week' (3), 'een aantal keer per maand' (2), 'niet iedere maand' (1) tot 'nooit' (0) (Rosen et al., 2013; Zawacki-Richter et al., 2015). Somscores per deelnemer werden berekend tussen 0 (lage frequentie) en 30 (hoge frequentie).

Ervaring met gaming. De mate van gamingervaring is gebaseerd op twee vragen: (1) 'Hebt u ooit een game (bijvoorbeeld computer- of videogames) gespeeld op een elektronisch apparaat?', en: (2) 'Speelt u op dit moment wel eens een game (bijvoorbeeld computer- of videogames) op een apparaat?' Beide vragen moest de deelnemer beantwoorden met ja of met nee. Op basis van de antwoorden werden de deelnemers in twee groepen ingedeeld: (1) niet-gamers (deelnemers die zowel vraag 1 als vraag 2 met nee hadden beantwoord), en (2) gamers (deelnemers die vraag 1 met ja hadden beantwoord, en vraag 2 met ja of nee).

Kennis over gamen. Bij de vraag: 'Hoe zou u uw kennis over games (bijvoorbeeld computer- of videogames) scoren?', categoriseerden de deelnemers zichzelf als: 'expert', 'gemiddeld/enigszins geïnformeerd', 'beginner/basiskennis' of 'geen kennis'.

Bekendheid met serious games. Aan behandelaars en patiënten werd gevraagd of zij al eerder hadden gehoord over serious games (ja/nee), en of zij ooit zelf of met cliënten serious games hadden gebruikt (ja/nee).

Bereidheid tot gebruik van serious games. Bereidheid om serious games te gebruiken werd met een enkel item gemeten. Behandelaars beantwoordden de vraag: 'Kunt u zich voorstellen dat u serious games gebruikt bij uw cliënten?' met ja of met nee. Cliënten beantwoordden de vraag: 'Kunt u zich voorstellen dat u een serious game speelt ten behoeve van behandeling?' met ja of met nee.

Redenen voor het wel of niet gebruiken van serious games in behandeling. Bij een positieve bereidheid werd aan behandelaars en patiënten gevraagd: 'In welke situaties kunt u zich voorstellen dat u een serious game aanbiedt?' Zij gaven vervolgens met ja of nee hun voorkeur aan per situatie: als een preventiemethode, voorafgaand aan psychotherapie of behandeling/coaching, als een toevoeging op psychotherapie of behandeling/coaching, als een ondersteuning na het afronden van psychotherapie, in plaats van psychotherapie, en anders (open respons). Behandelaars hadden als extra item: op verzoek van de cliënt.

Bij afwezigheid van bereidheid werd aan behandelaars gevraagd: 'Kunt u uitleggen waarom u zich niet kunt voorstellen dat u serious games gebruikt in een therapeutische context?' Dit konden behandelaars opnieuw met ja of nee beantwoorden in de volgende categorieën: 'Mijn cliënten zouden een serious game niet vertrouwen', 'Mijn cliënten zouden een serious game niet willen spelen', 'Mijn cliënten zijn te complex om een serious game te gebruiken', 'Ik houd niet van het idee dat computers mensen helpen met psychische problemen', 'Ik houd niet van het idee dat spellen worden gebruikt voor serieuze psychologische problemen', 'Er is te weinig wetenschappelijk bewijs dat het gebruik van serious games ondersteunt', 'De games passen niet bij mijn manier van therapie', 'Ik weet niet genoeg over serious games', en andere reden (open respons).

Patiënten konden met ja of nee antwoord geven op: 'Ik zou een serious game niet vertrouwen', 'Ik denk niet dat een serious game me kan helpen', 'Ik houd niet van het idee dat computers mensen helpen met psychische problemen', 'Ik weet niet of serious games werken of effectief zijn', 'Ik weet te weinig van serious games om het me voor te kunnen stellen', en anders (open respons).

Relevante functionaliteiten. Beide groepen konden met ja of nee aangeven welke game-eigenschappen of functies een serious game volgens hen zou moeten hebben: een therapiedagboek, e-mailreminders voor specifieke oefeningen, de mogelijkheid om resultaten te vergelijken met andere cliën-

ten, de mogelijkheid om de specifieke behoeften van de cliënt aan te passen, en anders (open respons). Patiënten konden ook hun voorkeur aangeven voor persoonlijke highscores en extra bonussen voor heel goede gameresultaten (bijvoorbeeld medailles, vrijspelen van extra levels, enzovoort). Behandelaars hadden als extra mogelijke voorkeur een automatisch rapport van resultaten en successen.

Geschiktheid voor doelgroepen. Aan behandelaars werd gevraagd voor welke doelgroepen zij serious games geschikt zouden vinden. De doelgroepen bestonden uit: type psychologische klachten (onder andere middelemisbruik, affectieve stoornissen en angststoornissen), ernst van de problematiek (mild, matig, ernstig) en leeftijdscategorie (kinderen (0-12), adolescenten (13-19), jongvolwassenen (20-25), volwassenen (26-64) en ouderen (65 en ouder)).

Voorwaarden voor gebruik van serious games. Op een vijfpuntsschaal van 'niet nodig' (1) tot 'absoluut nodig' (5) werd gevraagd wat serious games volgens de deelnemers nodig hebben om meer gebruikt te worden. Voorbeelden van deze voorwaarden zijn: eenvoudige toegang en toepasbaarheid, bewijs van kosteneffectiviteit, goedkeuring door beroepsverenigingen en/of klinische richtlijnen, mogelijkheid om voortgang van de cliënt te volgen, en ondersteuning door patiëntenorganisaties.

Houding ten aanzien van serious games (attitude). De attitudescore van elke deelnemer werd samengesteld uit 16 uitspraken, die gescoord werden op een vijfpuntsschaal (1 = 'helemaal oneens', 5 = 'helemaal eens'). Voorbeelditems voor behandelaars zijn: 'Ik verwacht geen langetermijneffecten van serious games', en: 'Een serious game helpt de cliënt de inhoud van de behandeling beter te begrijpen'. Voorbeelditems voor cliënten zijn: 'Het gebruik van serious games kan me overbelasten', en: 'Ik denk dat een serious game me zou helpen beter met mijn problemen om te gaan.' Negatief geformuleerde items (in de versie voor behandelaars: 1, 4, 5, 7, 10, 12, 13, 15); in de versie voor patiënten: items 1, 4, 5, 7, 9, 11, 12, 14) zijn gehercodeerd, zodat hoge scores een positieve attitude reflecteren. Beide schalen hadden een goede betrouwbaarheid (Cronbachs $\alpha = 0,81-0,83$). De items van de attitudevragenlijst zijn te vinden in bijlage 1.

Analyses

De antwoorden op de vragenlijsten zijn verwerkt en geanalyseerd met de statistieksoftware IBM SPSS Statistics 25.0. Beschrijvende statistiek is gebruikt om de frequenties en percentages weer te geven van de deelnemerskenmerken, en van de bekendheid met serious games, het gebruik ervan, en de meningen van de deelnemers over de relevantie en voorwaarden voor dat gebruik.

Met een lineaire regressieanalyse is getest of sekse, leeftijd, mediagebruik, gamingervaring en kennis over gamen (nu en/of in het verleden) voorspel-

lend zijn voor de attitude tegenover serious games. Logistische regressie is gebruikt om te testen of sekse, leeftijd, mediagebruik, gamingervaring, kennis over gamen (nu en/of in het verleden) en attitude voorspellend zijn voor de bereidheid om serious games te gebruiken. In beide regressieanalyses zijn de predictoren eerst op hetzelfde moment in het model meegenomen om te verkennen wat de totale predictieve waarde van de variabelen is en om te controleren voor de invloed van de variabelen op de afhankelijke variabele. Vervolgens is middels achterwaartse (*backward*) selectie verkend welke van de predictoren een significante en welke de grootste invloed hebben op de uitkomsten. Met deze methode wordt eerst de gezamenlijke voorspellende waarde van de variabelen bepaald, waarna stapsgewijs steeds de variabelen met de minste bijdrage worden geëlimineerd, zodat ten slotte de variabelen met de grootste bijdrage overblijven (Chowdhury & Turin, 2020).

RESULTATEN

.....

Beschrijvende informatie van de deelnemers

.....

Aan deze studie hebben 90 cliënten en 127 behandelaars meegedaan. Het merendeel van de behandelaars gaf cognitieve gedragstherapie (89%), gevolgd door traumagerichte therapie (zoals EMDR; 33,1%), systeem- of familietherapie (29,9%), schematherapie (10,4%) en *acceptance and commitment* therapie (10,4%). De meeste behandelaars werkten met volwassenen (20-64 jaar; 82,7%), gevolgd door ouderen (65 jaar en ouder; 21,3%), adolescenten (13-19 jaar: 18,9%) en kinderen (0-12 jaar: 11,8%). In de meeste gevallen werkten behandelaars in een ggz-instelling of ziekenhuis (62%), of in een privépraktijk (28,3%), en verder op scholen, in de forensische ggz, huisartsenpraktijken, revalidatiecentra, verpleeghuizen of onderzoeksorganisaties, zoals universiteiten. Voor een gedetailleerd overzicht van de beschrijvende kenmerken, zie tabel 1.

TABEL 1 *Beschrijvende kenmerken van behandelaars en cliënten*

310

Variabele	N (%) / M (SD)
Behandelaars (N = 127)	
Geslacht; Vrouw, N (%)	103 (81,1)
Leeftijd (jaren), M (SD)	42,9 (12,1)
Beroep, N (%)	
Psycholoog (waaronder klinisch psycholoog)	90 (70,8)
Psychotherapeut	15 (11,8)
Psychiater	6 (4,7)
Verpleegkundige	4 (3,1)
POH-ggz	3 (2,4)
Anders ^a	9 (7,1)
Mediagebruik, M (SD)	21,7 (3,4)
Kennis over gamen, N (%)	
Expert	30 (23,6)
Gemiddeld	66 (52,0)
Beginner/basis	20 (15,7)
Geen kennis	11 (8,7)
Ooit een game gespeeld, N (%)	109 (85,8)
Speelt momenteel games, N (%)	45 (33,3)
Attitude tegenover serious games, M (SD)	55,2 (6,8)
Bereid tot gebruik van serious games, N (%)	95 (74,8)
Cliënten (N = 90)	
Geslacht; Vrouw, N (%)	75 (83,3)
Leeftijd (jaren), M (SD)	29,4 (11,8)
Hoogstgenoten opleiding, N (%)	
Middelbare school	28 (31,1)
Middelbaar beroepsonderwijs	15 (16,7)
Hoger beroepsonderwijs (hbo/wo bachelor)	25 (27,8)
Wo master	22 (24,4)

Mediagebruik, M (SD)	20,2 (3,6)
Kennis over gamen, N (%)	
Expert	12 (13,3)
Gemiddeld	43 (47,8)
Beginner/basis	31 (34,4)
Geen kennis	4 (4,4)
Ooit een game gespeeld, N (%)	82 (91,1)
Speelt momenteel games, N (%)	47 (52,2)
Attitude tegenover serious games, M (SD)	60,0 (7,0)
Bereid tot gebruik serious games, N (%)	67 (74,4)

*'Anders' staat voor: coach/adviseur ($n = 4$); orthopedagoog ($n = 2$), sociaal-maatschappelijk werker ($n = 2$); psychiater in opleiding ($n = 1$)

Bekendheid met en gebruik van serious games in behandeling

Van de behandelaars had 52% eerder gehoord van serious games. Vier behandelaars (3,2%) hadden serious games in behandeling gebruikt. Zestien cliënten (17,8%) hadden eerder gehoord van serious games en drie cliënten (3,3%) gebruikten deze in behandeling.

Bereidheid tot en redenen voor gebruik van serious games in behandeling

Driekwart van de behandelaars ($n = 95$) en van de cliënten ($n = 68$) kan zich voorstellen serious games te gebruiken in behandeling. Zij overwogen vooral serious games te gebruiken als toevoeging aan het reguliere behandeltraject (96,8% behandelaars; 77,9% cliënten), ter ondersteuning na afronding van het behandeltraject (62,1% behandelaars; 60,3% cliënten), op verzoek van de cliënt (57,9% behandelaars), voorafgaand aan het behandeltraject (51,6% behandelaars; 23,5% cliënten), ter preventie (49,5% behandelaars; 35,3% cliënten), en in mindere mate ter vervanging van het reguliere behandeltraject (10,5% behandelaars; 13,2% cliënten). Eén behandelaar voegde daaraan toe serious games in te zetten 'bij cliënten die niet vrijwillig in behandeling zijn en in eerste instantie weerstand tonen om te praten over onder andere gevoelens'. Verder wilde een drietal cliënten serious games gebruiken 'om [serious games] te exploreren' ($n = 1$), 'om communicatie van ingewikkelde concepten over te brengen (vooral zakelijk)' ($n = 1$) en 'voor de gein' ($n = 1$).

Redenen om serious games niet te gebruiken

De meest genoemde redenen om serious games *niet* te gebruiken voor behandelaars die hiertoe niet bereid waren ($n = 31$) zijn: te weinig kennis over serious games (61,3%), de complexiteit van hun cliënten (25,8%), omdat ze niet pasten bij de eigen manier van behandelen (25,8%) en vermeende bezwaren vanuit cliënten (22,6%). Enkele behandelaars gaven aan dat zij serious games niet geschikt vinden voor hun oudere patiëntengroep en beter vinden passen bij adolescenten ($n = 5$), dat zij nog te weinig bewijs voor de effectiviteit ervan zien ($n = 4$), dat het idee om computers of spellen te gebruiken voor psychische hulp hen niet aanstaat ($n = 4$), dat de technische mogelijkheden ervoor beperkt zijn in de eigen instelling ($n = 2$) en dat minder schermtijd gezonder is ($n = 1$).

De 23 cliënten die aangaven zichzelf geen serious games te zien gebruiken, noemden daarvoor de volgende redenen: te weinig kennis over serious games (47,8%), 'ik denk niet dat een serious game me kan helpen' (30,4%), 'ik houd niet van het idee dat computers mensen helpen met psychische problemen' (30,4%) en 'ik weet niet of serious games effectief zijn' (26,1%). Ook gaven enkelen aan dat zij een voorkeur hebben voor menselijk contact of dat een belangrijk onderdeel te vinden van therapie ($n = 4$), dat zij zich niet serieus genomen zouden voelen ($n = 1$), gamen niet leuk vinden ($n = 1$) of denken het niet nodig te hebben ($n = 1$).

Relevante functionaliteiten van serious games

Voor behandelaars zouden relevante functionaliteiten van serious games zijn: een automatisch rapport van resultaten en successen (76,4%), e-mailreminders aan de cliënt voor specifieke oefeningen (74,8%), een therapiedagboek (66,1%) en de mogelijkheid om resultaten te vergelijken met andere cliënten (31,5%).

Voor cliënten waren dat: mogelijkheid tot aanpassing aan eigen specifieke behoeften (75,6%), een therapiedagboek (57,8%), beloningen voor heel goede gameresultaten, zoals vrijspelen van nieuwe levels, medailles, enzovoort (51,1%), e-mailreminders voor specifieke oefeningen (40%), de mogelijkheid om persoonlijke highscores bij te houden (36,7%) en de mogelijkheid om resultaten te vergelijken met andere spelers (15,6%).

Voorwaarden voor implementatie

De belangrijkste voorwaarden voor het gebruik van een serious game vonden zowel behandelaars als cliënten: gemakkelijke toegang en toepasbaarheid, bewezen effectiviteit, en goedkeuring door beroepsverenigingen en/

of klinische richtlijnen. Voor een compleet overzicht van de benodigdheden voor implementatie volgens beide groepen, zie tabel 2.

TABEL 2 *Overwegingen om serious games te gebruiken*

Voorwaarden van behandelaars (N = 123)	N(%) ^a
Eenvoudige toegang en toepasbaarheid	123 (97,6)
Bewijs van effectiviteit (op basis van wetenschappelijk onderzoek)	115 (92,0)
Goedkeuring door beroepsverenigingen en/of klinische richtlijnen	97 (77,6)
Mogelijkheid om voortgang van cliënt te volgen	90 (72,0)
Beschikbaar vanuit zorgverzekering	84 (67,2)
Ondersteuning door patiëntenorganisaties	54 (43,2)
Voorwaarden van cliënten (N = 90)	N(%)
Eenvoudige toegang en toepasbaarheid	80 (89,9)
Bewijs van effectiviteit (op basis van wetenschappelijk onderzoek)	79 (87,7)
Goedkeuring door beroepsverenigingen en/of klinische richtlijnen	76 (84,4)
Mogelijkheid tot anoniem gebruik	75 (83,3)
Entertainment van de game	66 (73,3)
Beschikbaar vanuit zorgverzekering	57 (63,3)
Mogelijkheid om persoonlijk succes weer te geven	56 (62,3)
Goedgekeurd door patiëntenverenigingen	48 (53,3)
Mogelijkheid tot uitwisseling van resultaten met anderen (therapeut, familie, andere spelers)	25 (27,8)

^a Gecombineerd percentage van respondenten die antwoordden met 'strikt noodzakelijk' en respondenten die antwoordden met 'noodzakelijk'

Geschiktheid bij specifieke psychische problemen en leeftijdsgroepen

Behandelaars gaven aan serious games geschikt te vinden voor de behandeling van angststoornissen (79,5%), affectieve stoornissen (64,6%), impulscontrolestoornissen (63,8%), obsessieve-compulsieve stoornis (57,5%), PTSS (56,7%), middelenmisbruik en verslaving (55,1%), ondersteuning bij een somatische aandoening (50,4%), aanpassingsstoornissen (51,2%), eetstoornissen (48,0%), persoonlijkheidsstoornissen (44,1%), mentale stoor-

nissen ten gevolge van een medische aandoening (44,1%), somatoforme stoornissen (40,9%), seksuele en genderidentiteitsstoornissen (34,6%), dissociatieve stoornissen (28,3%), schizofrenie en andere psychotische stoornissen (26,8%), en nagebootste stoornissen (15,7%). Daarnaast werden serious games geschikt gevonden voor alle leeftijdsgroepen: kinderen van 0-12 jaar (63%), adolescenten van 13-19 jaar (88,2%), jongvolwassenen van 20-25 jaar (89%), volwassenen van 26-64 jaar (78,7%), gevolgd door ouderen van 65 jaar of ouder (45,7%).

Factoren van invloed op attitude en bereidheid

De houding van cliënten tegenover serious games werd niet voorspeld door sekse, leeftijd, tijd besteed aan mediagebruik, kennis over gamen, of gamingervaring ($F(5,84) = 0,61, p = 0,70$). Tevens had geen van de voorspellers een significante bijdrage aan het model middels achterwaartse eliminatie. Ook bij behandelaars droegen de voorspellers sekse, leeftijd, tijd besteed aan mediagebruik, kennis over gamen, en gamingervaring als groep niet bij tot een significant model ($F(5,118) = 1,61, p = 0,16$), maar bleef gamingervaring na achterwaartse eliminatie wel over als significante voorspeller van een positieve attitude ($F(1,122) = 5,33, p = 0,02, R^2 = 0,04, \beta = 0,21$).

Een positievere houding tegenover serious games voorspelde bij zowel cliënten als behandelaars bereidheid om serious games te gebruiken in behandeling (behandelaars: $B = 0,24, SE = 0,06, Wald = 19,83, p < 0,001$; Nagelkerke $R^2 = 0,43$ – cliënten: $B = 0,23, SE = 0,06, Wald = 13,02, p < 0,001$; Nagelkerke $R^2 = 0,57$). De variabelen sekse, leeftijd, tijd besteed aan mediagebruik en kennis over gamen droegen niet bij aan de modellen. Achterwaartse eliminatie liet zien dat bij cliënten naast een positieve houding ook gamingervaring een significante voorspeller was ($Wald = 8,47, p = 0,004$).

DISCUSSIE

In tegenstelling tot steeds meer andere vormen van e-mental health worden serious games nog weinig toegepast in de behandelkamer. Als onderdeel van internationaal vergelijkend onderzoek verkenden we hoe behandelaars en cliënten in de Nederlandse ggz aankijken tegen het gebruik van serious games bij de behandeling van psychische klachten. Hoewel de helft van de behandelaars en een derde van de cliënten uit onze studie bekend waren met het bestaan van serious games, had slechts een enkeling er ervaring mee. Evenwel zag driekwart van de behandelaars en cliënten zich serious games gebruiken in het kader van een psychologische behandeling. We vonden dat een positieve houding tegenover het gebruik van serious games samenhangt met de bereidheid die te gebruiken. Sekse, leeftijd, tijd besteed aan mediagebruik of kennis over gamen hingen daarentegen niet samen met bereidheid

van de gebruiker. Het hebben van ervaring met gaming zorgde bij behandelaars voor een positievere houding tegenover serious games. Bij cliënten zorgde gamingervaring in bescheiden mate voor meer bereidheid tot het gebruik van serious games in de behandeling. Over het gebruik van serious games bij de behandeling van angst-, affectieve en impulscontrolestoornissen waren de meeste behandelaars positief. Echter, voor de behandeling van seksuele en genderidentiteitsstoornissen, dissociatieve stoornissen, psychotische stoornissen en nagebootste stoornissen vonden minder dan vier op de tien behandelaars serious games geschikt. Ook vond 79% tot 89% van de behandelaars serious games geschikt voor adolescenten, jongvolwassenen en volwassenen. Dit was in mindere mate het geval voor jongere kinderen tot 12 jaar (63%) en voor patiënten van 65 jaar en ouder (46%). Cliënten en behandelaars zouden serious games met name inzetten als toevoeging aan het reguliere behandeltraject of na afsluiting ter verdere ondersteuning. Slechts een enkeling wilde ze gebruiken ter vervanging van reguliere behandeling. Een voorkeur voor blended behandeling (de combinatie van digitale toepassingen met reguliere behandeling) boven volledig online of digitale behandeling wordt consistent gerapporteerd in wetenschappelijk onderzoek, ondanks onze toenemende ervaring met en afhankelijkheid van technologie in alle aspecten van het dagelijks leven (Topooco et al., 2017).

Factoren die een positieve houding ten opzichte van serious games bevorderen

Uit onze studie bleek dat te weinig kennis over serious games voor beide groepen de voornaamste reden was om ze niet te gebruiken. Net als bij andere vormen van e-mental health is het daarom van belang dat behandelaars niet alleen getraind worden in technische aspecten, maar ook in het vergroten van hun gevoel van eigenaarschap, het bijhouden van kennis en in het ondersteunen van cliënten op basis van de serious games (Kip et al., 2020). Ook speelde in onze studie voor behandelaars mee dat hun cliënten mogelijk bezwaar zouden hebben en dat zij het niet vonden passen bij hun behandelstijl. Eerder onderzoek liet zien dat als een behandelaar een positieve verwachting had ten aanzien van de mening van collega's en cliënten over e-health, dat in sterke mate de bereidheid tot en de acceptatie van de e-health-interventie voorspelde (Hennemann et al., 2017). Behandelaars die al ervaring hadden met e-health stonden meer open voor het gebruik ervan (Stallard et al., 2010), zoals wij ook in de huidige studie vonden. Al met al is het daarom van belang om de kennis over serious games te vergroten bij zowel cliënten als behandelaars, teneinde zo de bereidheid tot implementatie en gebruik te stimuleren. Serious games zijn nog nauwelijks onderdeel van de huidige opleidingen, terwijl opname in het curriculum waarschijnlijk de bereidheid van behandelaars zal vergroten om er gebruik van te maken (Haddouk et al., 2018).

Factoren die het gebruik van serious games bevorderen

Eerder onderzoek onder studenten liet zien dat een *gaming mindset* (dat wil zeggen: een groot vertrouwen in de eigen gamingvaardigheden) bijdraagt aan het gebruik en mogelijk ook aan betere behandeluitkomsten van een serious game (Lee et al., 2012). In onze studie vonden we deels dat meer game-ervaring invloed had op een positievere houding dan wel grotere bereidheid tot gebruik. Mogelijk waren de twee items betreffende kennis over gamen en ervaring met gaming onvoldoende om het concept van een gaming mindset te meten, en kan een uitgebreidere operationalisatie van *fixed* en *growth mindsets* meer inzicht geven in het vergroten van de bereidheid tot gebruik en de leereffecten van serious games (Lee et al., 2012).

Onze bevindingen lieten zien dat een positieve houding ten aanzien van serious games in behandeling in beide groepen voorspellend was voor de bereidheid om deze te gebruiken. Dit is in lijn met eerder onderzoek naar een blinded behandeling voor depressie: Aerts en van Dam (2018) vonden dat een positieve houding van cliënten direct leidde tot meer gebruik van de e-health-modules. Behandelaars met een positievere houding tegenover e-health deelden vaker digitale opdrachten met hun cliënten, waardoor cliënten ook weer vaker contact hadden met hun behandelaar (Aerts & van Dam, 2018). Hoewel de houding van de behandelaar dus niet direct leidde tot meer gebruik, zou de behandelaar de cliënt wel kunnen stimuleren en motiveren tot betrokkenheid bij deze vorm van behandeling (Aerts & van Dam, 2018). Het stimuleren van een positieve houding ten opzichte van serious games bij alle betrokkenen kan daarom gunstig zijn voor de implementatie ervan in behandelingen. Ter illustratie: een korte video waarin de rationale en de mogelijke voordelen van het gebruik van internetbehandeling voor depressie werden benadrukt, vergrootte al de bereidheid van cliënten hiertoe (Ebert et al., 2015).

Gemakkelijke toepasbaarheid, goede toegankelijkheid, wetenschappelijk bewijs van effectiviteit, goedkeuring door beroepsverenigingen en vermelding in de klinische richtlijnen werden in onze studie het meest aangevoerd als voorwaarden voor gebruik. Deze bevindingen komen grotendeels overeen met recent gepubliceerde aanbevelingen van de Project Group eHealth van de European Federation of Psychologists' Associations om hoogwaardige e-mental health aan te bieden (Van Daele et al., 2020). Zo beval die projectgroep ontwikkelaars aan om een wetenschappelijk onderbouwde benadering te hanteren bij de ontwikkeling van e-mental health en het instrument of de toepassing grondig te evalueren, bijvoorbeeld door beroepsverenigingen. Hun aanbevelingen aan behandelaars en ggz-instellingen waren overeenkomstig met onze bevindingen: maak de interventie eenvoudig en laagdrempelig (Van Daele et al., 2020).

Beperkingen van de studie

317

Eerder onderzoek laat zien dat personen met depressieve klachten die gerekruteerd werden in klinische settings (bijvoorbeeld door huisartsen of ggz-instellingen) een negatievere kijk hadden op e-mental health dan personen met depressieve klachten die gerekruteerd werden via niet-klinische settings, zoals social media en zorgverzekeraars (Schröder et al., 2017). In deze studie is gebruikgemaakt van een online vragenlijst onder een gelegenheidssteekproef uit behandelaars en (voormalige) cliënten van de Nederlandse ggz. Voorzichtigheid is daarom geboden bij het generaliseren van de resultaten. Ook geven de bevindingen alleen *associaties* aan tussen de gemeten concepten en kan geen *causaliteit* worden aangetoond, en bieden de meningen van de deelnemers geen representatieve afspiegeling van de doelgroepen. Ten slotte is er omwille van het internationale project voor gekozen om de vraagstelling zoveel mogelijk vergelijkbaar te houden. Dit heeft in sommige gevallen (zoals in de vraag over gamingervaring en de bereidheid tot gebruik) geleid tot een gebrek aan nuancering of gradatie, wat de informatieve waarde beperkt.

Implicaties en vervolgonderzoek

Succesvolle implementatie van e-healthtoepassingen is multifactorieel en complex (Ross et al., 2016). Een theoriegedreven aanpak, zoals die op basis van het Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR; Damschroder et al., 2009), kan helpen om factoren die relevant zijn voor de behandelinnovatie te bepalen. Dit onderzoek richtte zich op de aspecten attitude en gebruiksbereidheid van individuen die direct met de innovatie te maken hebben, te weten cliënten en therapeuten. In de toekomst kunnen studies in verschillende patiëntgroepen (bijvoorbeeld patiënten met PTSS, depressie, angst of ontwikkelingsproblematiek) inzicht geven in welke doelgroepen positief staan tegenover het gebruik van serious games in de behandeling. Zo kan bepaald worden voor welke patiëntgroepen implementatie als aanvulling op de conventionele behandeling zinvol is. Bij het bevorderen van het gebruik van serious games in behandeling zou het kunnen helpen om de omgeving van de cliënt te betrekken. Familie en vrienden kan bijvoorbeeld gevraagd worden de cliënt te ondersteunen tijdens het gebruik van serious games in de behandeling (Harst et al., 2019).

Om gebrek aan kennis over serious games – volgens behandelaars de voornaamste reden om ze niet te gebruiken, zo bleek uit onze studie – te verkleinen, kan het helpen om het toepassen van e-mental health beter te integreren in de beroepsopleidingen (Maheu et al., 2012). Het is bekend dat de houding van de therapeut tegenover een interventie een belangrijke voorspeller is voor het succes van implementatie (Reid et al., 2018; Sars & van

Minnen, 2015). Andere stakeholders in het proces van implementatie (zoals het management binnen ggz-instellingen, de direct leidinggevenden en het ondersteunend personeel) spelen eveneens een belangrijke rol bij het faciliteren van een omgeving en de middelen om drempels voor gebruik te verlagen, en bij het vergroten van de bekendheid met deze vorm van e-health (Nilsen et al., 2020; Schreiweis et al., 2019). Bovendien zou het bevorderlijk zijn als serious games ondersteund worden door vakverenigingen, als behandelvoortgang ermee gevolgd kan worden, en als vergoeding door zorgverzekeraars of gemeenten in het geval van jongerenzorg mogelijk is. Verder(e) onderzoek en ontwikkeling is nodig om de effectiviteit van serious games te verbeteren en zo de bereidheid tot het gebruik ervan te vergroten.

CONCLUSIE

.....

Serious games worden nog weinig gebruikt bij de huidige behandeling van psychische problemen, terwijl ze juist het behandel-effect kunnen vergroten. Niettemin staat een groot deel van de behandelaars en cliënten positief tegenover toepassing van serious games in therapie. De bevindingen van deze studie met betrekking tot (voorspellers van) de houding van cliënten en behandelaars kunnen helpen om serious games als ondersteuning van conventionele behandeling te bevorderen. We vonden dat een positieve houding tegenover het gebruik van serious games samenhangt met de bereidheid ze te gebruiken. Meer (toegang tot) bewijs voor de effectiviteit van serious games, steun vanuit vakverenigingen, en vergoeding door zorgverzekeraars of gemeenten in het geval van jongerenzorg, kunnen zorgen voor een positieve stimulans bij de betrokkenen, en zo indirect ook de bereidheid van behandelaars en cliënten vergroten. Om implementatie te vergemakkelijken, is het belangrijk om de kennis van behandelaars over serious games te vergroten. Dat kan door serious gaming meer te integreren in het aanbod met betrekking tot e-mental health in het programma van de (post-master) beroepsopleidingen voor professionals in de ggz.

BIJLAGE 1 ATTITUDEVRAGENLIJSTEN VOOR BEHANDELAARS EN CLIËNTEN OVER SERIOUS GAMES IN PSYCHOLOGISCHE BEHANDELING

.....

Behandelaars

.....

Geef ons uw persoonlijke oordeel over de volgende statements, van ‘sterk mee oneens’ tot ‘sterk mee eens’:

- 1 Ik verwacht geen langetermijneffecten van Serious Games.
- 2 Een Serious Game geeft een therapeut meer directe informatie over de capaciteiten van een cliënt, omdat ze zich niet geobserveerd voelen tijdens de game en zich daarom natuurlijker gedragen.
- 3 Het gebruik van een Serious Game zou de bereidheid van de cliënt vergroten om de behandelopties te gebruiken.
- 4 Een Serious Game geeft de cliënt geen professionele ondersteuning.
- 5 De begeleiding van de cliënt is individueler in therapie dan in Serious Games.
- 6 Een Serious Game helpt de cliënt de inhoud van de behandeling beter te begrijpen.
- 7 Het spelen van een Serious Game kan controleverlies over het behandelproces veroorzaken.
- 8 Een Serious Game kan de motivatie van de cliënt voor de therapie vergroten.
- 9 Het gebruik van een Serious Game kan leiden tot verbeterde efficiëntie van de behandeling.
- 10 De cliënten kunnen de oefeningen van een Serious Game niet makkelijk uitvoeren in hun dagelijks leven.
- 11 Ik beschouw het extra gebruik van Serious Games tijdens psychotherapie fundamenteel als verstandig.
- 12 Het gebruik van een serious game kan me als therapeut overbelasten.
- 13 In een crisissituatie krijgt de cliënt betere hulp van een therapeut dan van een Serious Game.
- 14 Ik beschouw Serious Games als een verstandige toevoeging om cliënten tussen therapiesessies te ondersteunen.
- 15 Het gebruik van een Serious Game zorgt ervoor dat cliënten de therapie en de inhoud ervan minder serieus nemen.
- 16 Een Serious Game biedt cliënten de mogelijkheid om oefeningen zelfstandig te herhalen, zonder druk en zo vaak als ze willen.

Patiënten

Geef ons uw persoonlijke oordeel over de volgende statements, van 'sterk mee oneens' tot 'sterk mee eens':

- 1 Ik verwacht geen langetermijneffecten van Serious Games.
- 2 Ik voel me minder geobserveerd als ik een Serious Game speel dan tijdens therapie, daarom zou ik me meer neutraal gedragen.
- 3 Het spelen van een Serious Game zou me bereid maken om gebruik te maken van behandelopties.
- 4 Een Serious Game geeft me geen professionele ondersteuning.
- 5 De begeleiding is individueler in therapie dan in Serious Games.

- 6 Een Serious Game zou me helpen de inhoud van de behandeling beter te begrijpen.
- 7 In een Serious Game kan de therapeut NIET voldoende het behandelproces reguleren.
- 8 Een Serious Game zou me motiveren voor therapie.
- 9 Ik denk dat een Serious Game me zou helpen beter met mijn problemen om te gaan.
- 10 De oefeningen in een Serious Game kan ik niet goed gebruiken in mijn dagelijkse leven.
- 11 Ik beschouw het gebruik van Serious Games tijdens therapie als nuttig.
- 12 Het gebruik van Serious Games kan me overbelasten.
- 13 In een crisissituatie kan een therapeut me beter helpen dan een Serious Game.
- 14 Ik beschouw Serious Games als nuttig en als extra ondersteuning tussen de therapie sessies.
- 15 Het gebruik van een Serious Game zou ervoor kunnen zorgen dat ik therapie minder serieus neem.
- 16 Met een Serious Game kan ik mijn oefeningen herhalen, zo vaak als ik wil, zonder druk.

Wij danken cliënten en behandelaars voor hun bereidheid om aan ons onderzoek deel te nemen. Tevens zijn wij Giouli Chrysikou, Marloes van Egdom, Julia Hoekstra, Sanni Lehtonen, Brian Mac Donald, Leonie Peiffer en Maartje Welboren erkentelijk voor hun assistentie bij het verzamelen van de onderzoeksgegevens in het kader van hun bachelorstudie psychologie aan de Universiteit Leiden.

Joanne Mouthaan, Marie-Louise Kullberg en Maartje Schoorl zijn verbonden aan de Universiteit Leiden, Faculteit Sociale Wetenschappen, Instituut voor Psychologie, afdeling Klinische Psychologie.

Jessica Huss is werkzaam bij het Department of Psychology, University of Kassel, Germany.

Christiane Eichenberg is verbonden aan de Medical Faculty, Institute of Psychosomatic, Sigmund Freud University, Vienna, Austria.

Correspondentieadres: Joanne Mouthaan, Universiteit Leiden, Faculteit Sociale Wetenschappen, Instituut voor Psychologie, afdeling Klinische Psychologie, Wassenaarseweg 52, 2333 AK Leiden. E-mail: j.mouthaan@fsw.leidenuniv.nl.

Summary *Clients' and professionals' attitudes towards serious games for mental health care*

Despite a strong increase in e-mental health use and increased evidence for its feasibility and effectiveness, gamification, such as serious games, is underused in mental health care. User attitudes and expectations strongly determine successful

implementation of novel applications. In this study we explored the attitude of Dutch therapists and patients towards the use of serious games in mental healthcare. As part of an international study, 90 clients and 127 mental health professionals in the Netherlands completed an online survey. Familiarity (professionals: 52%, clients: 17%) and experience (3% for both groups) with serious games were low, but 75% of professionals and clients were positive about using serious games in future treatment. A positive attitude towards serious games was associated with willingness to use them. More familiarity with and (access to) evidence for the effectiveness of serious games, more support by vocational associations and increased health insurance coverage would positively influence therapists and clients, and indirectly increase willingness to use serious games in treatment. Attitude patterns can be helpful to create positive contextual conditions to stimulate the use of serious games as an adjunct to psychotherapy.

Key words *serious games, e-mental health, attitudes, users, clients, professionals*

Literatuur

- Aerts, J. E. M., & van Dam, A. (2018). Blended e-Health in cognitive behavioural therapy: Usage intensity, attitude and therapeutic alliance in clinical practice. *Psychology*, 9, 2422-2435. <https://doi.org/10.4236/psych.2018.910139>
- Amado, I., Brénugat-Herné, L., Orriols, E., Desombre, C., Dos Santos, M., Prost, Z., Krebs, M. O., & Piolino, P. (2016). A serious game to improve cognitive functions in schizophrenia: A pilot study. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 64. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00064>
- Blumenstyk, G. (2020). Why coronavirus looks like a 'black swan' moment for higher ed. *The Chronicle of Higher Education*. www.chronicle.com/article/why-coronavirus-looks-like-a/ 248219
- Chowdhury, M. Z. I., & Turin, T. C. (2020). Variable selection strategies and its importance in clinical prediction modelling. *Family Medicine and Community Health*, 8, e000262. <https://doi.org/10.1136/fmch-2019-000262>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4, 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Derks, S., van Wijngaarden, S., Wouda, M., Schuengel, C., & Sterkenburg, P. S. (2019). Effectiveness of the serious game 'You & I' in changing mentalizing abilities of adults with mild to borderline intellectual disabilities: A parallel superiority randomized controlled trial. *Trials*, 20, 500. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3608-9>
- Ebert, D. D., Berking, M., Cuijpers, P., Lehr, D., Pörtner, M., & Baumeister, H. (2015). Increasing the acceptance of internet-based mental health interventions in primary care patients with depressive symptoms: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 176, 9-17. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.056>
- Eichenberg, C., Grabmayer, G., & Green, N. (2016). Acceptance of serious games in psychotherapy: An inquiry into the stance of therapists and patients. *Telemedicine Journal and E-Health*, 22, 945-951. <https://doi.org/10.1089/tmj.2016.0001>

- Eichenberg, C., & Schott, M. (2017). Serious games for psychotherapy: A systematic review. *Games for Health Journal*, 6, 127-135. <https://doi.org/10.1089/g4h.2016.0068>
- Fernandez-Aranda, F., Jimenez-Murcia, S., Santamaría, J. J., Giner-Bartolomé, C., Mestre-Bach, G., Granero, R., Sánchez, I., Agüera, Z., Moussa, M. H., Magnenat-Thalmann, N., Konstantas, D., Lam, T., Lucas, M., Nielsen, J., Lems, P., Tarrega, S., & Menchón, J. M. (2015). The use of videogames as complementary therapeutic tool for cognitive behavioral therapy in bulimia nervosa patients. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 18, 744-751. <https://doi.org/10.1089/cyber.2015.0265>
- Fleming, T. M., Bavin, L., Stasiak, K., Hermansson-Webb, E., Merry, S. N., Cheek, C., Lucassen, M., Lau, H. M., Pollmuller, B., & Hetrick, S. (2017). Serious games and gamification for mental health: Current status and promising directions. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 215. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00215>
- GGZ Standaarden. (2017). *eHealth* [Generieke module]. www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/ehealth/introductie
- Granja, C., Janssen, W., & Johansen, M. A. (2018). Factors determining the success and failure of ehealth interventions: Systematic review of the literature. *Journal of Medical Internet Research*, 20, e10235. <https://doi.org/10.2196/10235>
- Grynszpan, O., Weiss, P. L. T., Perez-Diaz, F., & Gal, E. (2014). Innovative technology-based interventions for autism spectrum disorders: A meta-analysis. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 18, 346-361. <https://doi.org/10.1177/1362361313476767>
- Haddouk, L., Bouchard, S., Brivio, E., Galimberti, C., & Trognon, A. (2018). Assessing presence in videoconference telepsychotherapies: A complementary qualitative study on breaks in telepresence and intersubjectivity co-construction processes. *Annual Review of CyberTherapy and Telemedicine*, 16, 118-123.
- Harst, L., Lantzsich, H., & Scheibe, M. (2019). Theories predicting end-user acceptance of telemedicine use: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 21, e13117. <https://doi.org/10.2196/13117>
- Hennemann, S., Beutel, M. E., & Zwerenz, R. (2017). Ready for eHealth? Health professionals' acceptance and adoption of eHealth interventions in inpatient routine care. *Journal of Health Communication*, 22, 274-284. <https://doi.org/10.1080/10810730.2017.1284286>
- Kip, H., Oberschmidt, K., & Bierbooms, J. J. P. A. (2020). eHealth technology in forensic mental healthcare: Recommendations for achieving benefits and overcoming barriers. *International Journal of Forensic Mental Health*, 20, 31-47. <https://doi.org/10.1080/14999013.2020.1808914>
- Koivisto, J., & Malik, A. (2020). Gamification for older adults: A systematic literature review. *The Gerontologist*, gnaao47. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaao47>
- Kooistra, L. C., Wiersma, J. E., Ruwaard, J., Neijenhuijs, K., Lokkerbol, J., van Oppen, P., Smit, F., & Riper, H. (2019). Cost and effectiveness of blended versus standard cognitive behavioral therapy for outpatients with depression in routine specialized mental health care: Pilot randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 21, e14261. <https://doi.org/10.2196/14261>
- Kothgassner, O. D., Goreis, A., Kafka, J. X., Van Eickels, R. L., Plener, P. L., &

- Felnhofer, A. (2019). Virtual reality exposure therapy for posttraumatic stress disorder (PTSD): A meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10, 1654782. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1654782>
- Kreutzer, C. P., & Bowers, C. A. (2015). Attitudes toward a game-based approach to mental health. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 18, 20-24. <https://doi.org/10.1089/cyber.2014.0382>
- Lau, H. M., Smit, J. H., Fleming, T. M., & Riper, H. (2016). Serious games for mental health: are they accessible, feasible, and effective? A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 209. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00209>
- Lee, Y.-H., Heeter, C., Magerko, B., & Medler, B. (2012). Gaming mindsets: Implicit theories in serious game learning. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 15, 190-194. <https://doi.org/10.1089/cyber.2011.0328>
- Li, J., Theng, Y.-L., & Foo, S. (2016). Effect of exergames on depression: A systematic review and meta-analysis. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 19, 34-42. <https://doi.org/10.1089/cyber.2015.0366>
- Maheu, M. M., Pulier, M. L., McMenamin, J. P., & Posen, L. (2012). Future of telepsychology, telehealth, and various technologies in psychological research and practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43, 613-621. <https://doi.org/10.1037/a0029458>
- Merry, S. N., Stasiak, K., Shepherd, M., Frampton, C., Fleming, T., & Lucasen, M. F. (2012). The effectiveness of SPARX, a computerised self help intervention for adolescents seeking help for depression: Randomised controlled non-inferiority trial. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 344, e2598. <https://doi.org/10.1136/bmj.e2598>
- Meyerbröcker, K., & Morina, N. (2021). The use of virtual reality in assessment and treatment of anxiety and related disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28, 466-476. <https://doi.org/10.1002/cpp.2623>
- Mohr, D. C., Riper, H., & Schueller, S. M. (2018). A solution-focused research approach to achieve an implementable revolution in digital mental health. *JAMA Psychiatry*, 75, 113-114. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3838>
- Musiat, P., & Tarrier, N. (2014). Collateral outcomes in e-mental health: A systematic review of the evidence for added benefits of computerized cognitive behavior therapy interventions for mental health. *Psychological Medicine*, 44. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000245>
- Nilsen, E. R., Stendal, K., & Gullstett, M. K. (2020). Implementation of eHealth technology in community health care: The complexity of stakeholder involvement. *BMC Health Services Research*, 20, 395. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05287-2>
- Peñuelas-Calvo, I., Jiang-Lin, L. K., Girela-Serrano, B., Delgado-Gomez, D., Navarro-Jimenez, R., Baca-Garcia, E., & Porras-Segovia, A. (2020). Video games for the assessment and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01557-w>
- Pot-Kolder, R., Geraets, C., Veling, W., van Beilen, M., Staring, A., Gijsman, H. J., Delespaul, P., & van der Gaag, M. (2018). Virtual-reality-based cognitive behavioural therapy versus waiting list control for paranoid ideation and social avoidance in patients with psychotic disorders: A single-blind randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 5, 217-226.

- [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30053-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30053-1)
- Reid, A. M., Guzik, A. G., Fernandez, A. G., Deacon, B., McNamara, J. P. H., Geffken, G. R., McCarty, R., & Striley, C. W. (2018). Exposure therapy for youth with anxiety: Utilization rates and predictors of implementation in a sample of practicing clinicians from across the United States. *Journal of Anxiety Disorders*, 58, 8-17. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.06.002>
- Riper, H., Andersson, G., Christensen, H., Cuijpers, P., Lange, A., & Eysenbach, G. (2010). Theme issue on e-mental health: A growing field in internet research. *Journal of Medical Internet Research*, 12, e74. <https://doi.org/10.2196/jmir.1713>
- Rosen, L. D., Whaling, K., Carrier, L. M., Cheever, N. A., & Rokkum, J. (2013). The media and technology usage and attitudes scale: An empirical investigation. *Computers in Human Behavior*, 29, 2501-2511. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.06.006>
- Ross, J., Stevenson, F., Lau, R., & Murray, E. (2016). Factors that influence the implementation of e-health: A systematic review of systematic reviews (an update). *Implementation Science*, 11, 146. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0510-7>
- Sars, D., & van Minnen, A. (2015). On the use of exposure therapy in the treatment of anxiety disorders: A survey among cognitive behavioural therapists in The Netherlands. *BMC Psychology*, 3, 26. <https://doi.org/10.1186/s40359-015-0083-2>
- Schreier, B., Pobiruchin, M., Strotbaum, V., Suleder, J., Wiesner, M., & Bergh, B. (2019). Barriers and facilitators to the implementation of eHealth services: Systematic literature analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 21, e14197. <https://doi.org/10.2196/14197>
- Schröder, J., Berger, T., Meyer, B., Lutz, W., Hautzinger, M., Späth, C., Eichenberg, C., Klein, J. P., & Moritz, S. (2017). Attitudes towards internet interventions among psychotherapists and individuals with mild to moderate depression symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 41, 745-756. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9850-0>
- Stallard, P., Richardson, T., & Velleman, S. (2010). Clinicians' attitudes towards the use of computerized cognitive behaviour therapy (cCBT) with children and adolescents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 545-560. <https://doi.org/10.1017/S1352465810000421>
- Topooco, N., Riper, H., Araya, R., Berking, M., Brunn, M., Chevreul, K., Cieslak, R., Ebert, D. D., Etchmendedy, E., Herrero, R., Kleiboer, A., Krieger, T., García-Palacios, A., Cerga-Pashoja, A., Smoktunowicz, E., Urech, A., Vis, C., & Andersson, G. (2017). Attitudes towards digital treatment for depression: A European stakeholder survey. *Internet Interventions*, 8, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2017.01.001>
- Trimbos-instituut. (2021). *Gamen om depressie of angst te voorkomen*. www.trimbos.nl/kennis/gamen/serious-gaming-bij-angst-en-depressie
- Van Daele, T., Karekla, M., Kassianos, A. P., Compare, A., Haddouk, L., Salgado, J., Ebert, D. D., Trebbi, G., Bernaerts, S., Van Assche, E., & De Witte, N. A. J. (2020). Recommendations for policy and practice of telepsychotherapy and e-mental health in Europe and beyond. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30. <https://doi.org/10.1037/int0000218>
- van der Vaart, R., Witting, M., Riper, H., Kooistra, L., Bohlmeijer, E. T., & van Gemert-Pijnen, L. J. (2014). Blending online therapy into regular face-to-face therapy for depression: Content, ratio and preconditions according to patients and therapists using a Delphi

- study. *BMC Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0355-z>
- Verduin, M. L., LaRowe, S. D., Myrick, H., Cannon-Bowers, J., & Bowers, C. (2013). Computer simulation games as an adjunct for treatment in male veterans with alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44, 316-322. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2012.08.006>
- Wind, T. R., Rijkeboer, M., Andersson, G., & Riper, H. (2020). The COVID-19 pandemic: The 'black swan' for mental health care and a turning point for e-health. *Internet Interventions*, 20, 100317. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100317>
- Zawacki-Richter, O., Müskens, W., Krause, U., Alturki, U., & Aldraiweesh, A. (2015). Student media usage patterns and non-traditional learning in higher education. *The International Review of Research in Open and Distributed Learning*, 16. <https://doi.org/10.19173/irrodl.v16i2.1979>
- Zayeni, D., Raynaud, J. P., & Revet, A. (2020). Therapeutic and preventive use of video games in child and adolescent psychiatry: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 36. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00036>

GEVALSBESCHRIJVING

.....

De verlamrende werking van topsport

CARINE VAN EMPELEN & MICHEL REINDERS

Samenvatting

.....

Wanneer sporters op jonge leeftijd met topsport beginnen, beïnvloedt de cultuur binnen de topsport hun karakterontwikkeling. Vaak ten goede, maar ook soms ten kwade, zoals bij de patiënte die we in deze casus beschrijven. Tijdens haar trainingen lag de nadruk op het verleggen van fysieke grenzen. Hierbij leerde zij niet alleen om haar lichaamssignalen te negeren, maar kreeg ze ook het gevoel dat zij het nooit goed deed. Dat leidde tot overbelasting en het ontwikkelen van aanvalsgewijze verlamningsverschijnselen. De neuroloog duidde deze verschijnselen als een functioneel neurologische stoornis (FNS). We behandelden de patiënte met 15 sessies cognitieve gedragstherapie, waarna de uitvalsverschijnselen verdwenen.

De casus benadrukt de verantwoordelijkheid die rust op de schouders van trainers binnen de topsport om hun pupillen op een goede manier te begeleiden en een bijdrage te leveren aan hun positieve karakterontwikkeling. Ook laat deze casus zien dat FNS niet altijd een ingewikkelde behandeling vereist met technieken die weinig therapeuten beheersen, zoals hypnose. In de casus gebruikten we gedragstherapeutische technieken die elke gedragstherapeut tot zijn of haar beschikking heeft. Hopelijk maakt een illustratie van deze aanpak de behandeling van FNS toegankelijker.

Trefwoorden: FNS, topsport, gedragstherapie, verlamming

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Jonge sporters dienen begeleid te worden in hun persoonlijke ontwikkeling, waarbij aandacht besteed wordt aan vragen als: Hoe ontwikkelt iemand een positief zelfbeeld (los van prestaties)? Hoe kan een sporter gesteund worden bij tegenslag in plaats van dat er straffend opgetreden wordt? Hoe gaat een sporter op een verstandige manier om met emoties en lichamelijke sensaties zoals pijn?
- ▶ Een deel van de patiënten met FNS is te behandelen met technieken die elke gedragstherapeut standaard in zijn pakket heeft.

INLEIDING

.....

Sporters die de top willen bereiken vergen het uiterste van zichzelf, meestal gestimuleerd door coaches en familie. Topsport eist dat zij over fysieke grenzen gaan en lichaamssignalen negeren. Een voorbeeld daarvan is de uitdrukking die veel topsporters gebruiken: 'Pijn is fijn.' Vaak starten topsporters op jonge leeftijd en is de sportcultuur een belangrijke factor in hun karaktervorming. Maar karaktertrekken die de sporters helpen topprestaties te leveren, kunnen hen later in het leven opbreken, psychische klachten veroorzaken en in een enkel geval leiden tot een functioneel neurologische stoornis (FNS).

Bij de patiënte die we in dit artikel beschrijven leidde haar jarenlange onderdompeling in de sportcultuur tot disfunctionele persoonlijkheidskenmerken, zoals een laag zelfbeeld, zelfopoffering, onderwerping, en moeite met grenzen aanvoelen en aangeven. Overbelasting was het gevolg, waardoor patiënte verlamingsverschijnselen kreeg die gediagnosticeerd werden als FNS.

PSYCHISCHE PROBLEMEN BIJ TOPSPORT

.....

Topsporters lijken overigens niet meer risico te lopen op mentale problemen dan de gemiddelde bevolking (Mannes et al., 2019; Rice et al., 2016). Wel zijn er subgroepen te onderscheiden waarbinnen psychische problemen vaker voorkomen. Verhoogd risico komt voor bij atleten met blessures, met tegenvallende prestaties en na beëindiging van de sportcarrière.

Na het beëindigen van een loopbaan in de sport vindt een transitie plaats die de atleten voor een uitdaging stelt, zoals verlies van dagelijkse structuur, verandering van identiteit, levensdoel en ondersteuning. Oltmans en collega's (2022) onderzochten het optreden van psychische klachten van topsporters na beëindiging van hun carrière. De klachten die zij vaststelden waren: slaapproblemen, eetproblemen, angst en depressie. De belangrijkste risicofactoren waren: onvrede over de sportcarrière en negatieve levens-

gebeurtenissen. Deze factoren verhogen de kans op psychische klachten in lichte mate. Het is niet verwonderlijk dat er slechts een lichte correlatie is tussen levensgebeurtenissen en psychische klachten, omdat naar onze mening de manier waarop iemand omgaat met een negatieve levensgebeurtenis medebepalend is voor de impact ervan. Dan gaat het over over copingstijl of karaktertrekken die al of niet adequaat zijn in het omgaan met stressvolle gebeurtenissen. Wanneer sporters op jonge leeftijd starten met hun sport, vinden hun karakterontwikkeling en ontwikkeling van copingstijl plaats onder invloed van de sportcultuur.

Gedurende hun actieve sportperiode staan atleten bloot aan tal van stressoren, waaronder onzekerheid over hun carrière, prestatiedruk en blessures. Bovendien worden al hun acties gevolgd door een vaak uitermate kritisch publiek (Rice et al., 2019). Atleten leven in een cultuur waarin het normaal is om ondanks pijn en blessures door te blijven trainen, teneinde aan te tonen dat zij taai zijn en veerkracht bezitten (Wiese-Bjornstal, 2010). Trainingsmethoden zijn soms meedogenloos. Verder heerst er een sfeer waarbinnen seksueel misbruik en intimidatie kunnen plaatsvinden (de Vries et al., 2017).

Over FNS-klachten in relatie met topsport is weinig bekend. We vonden één artikel over topsporters die FNS-symptomen ontwikkelden tijdens hun carrière, en wel dat van Dvorchak en collega's (1991). Het betrof vijf jongeren die Dvorchak omschreef als uiterst ambitieus, en die werden behandeld met psychotherapie en fysiotherapie.

FUNCTIONEEL NEUROLOGISCHE STOORNIS

.....

Een functioneel neurologische stoornis is een klachtenpatroon dat een neurologische aandoening suggereert waarvoor de neuroloog geen onderliggende oorzaak kan ontdekken. Uiteenlopende beelden vallen onder FNS, zoals: verlammingen, tremoren, blindheid, mutisme, pseudo-epileptische aanvallen en wegrakingen (GGZ Standaarden, 2017). Volgens Stroink en Huybregts (2023) kenmerken patiënten met FNS zich door:

- ▶ een hoge gerichtheid op anderen;
- ▶ moeilijkheden met het verwoorden en begrijpen van emoties, waardoor ze moeilijk kunnen omgaan met emoties (alexithymie);
- ▶ moeite om nieuwe situaties te hanteren.

Deze premorbide kwetsbaarheid kan onder invloed van stressvolle levensgebeurtenissen uitmonden in FNS.

Het is de vraag of alle vormen van FNS op dezelfde manier verklaard kunnen worden en uit dezelfde bron ontstaan (Bennett et al., 2021). Trauma is een mogelijke oorzaak van FNS (Paredes-Echeverri et al., 2022), maar er

lijken meer wegen naar Rome te leiden. Op onze polikliniek zien we vaak een vorm die voortkomt uit fysieke of mentale overbelasting, die een extreme vorm van burn-out genoemd kan worden. Moene en Rümke (2004) beschrijven deze vorm als volgt: FNS kan ontstaan door het herhaaldelijk negeren van lichamelijke sensaties als pijn, spanning en vermoeidheid. Het hoofd wil meer dan het lichaam aankan. Dit ontstaat doordat een persoon in de loop van zijn leven opvattingen ontwikkelt over lichamelijke gevoelens die niet overeenkomen met de signalen die het lichaam afgeeft. 'Pijn is fijn' is daar een voorbeeld van. Het kan zijn dat iemand zich langdurig in een moeilijke situatie bevindt, waarbij het van levensbelang is om lichamelijke klachten te negeren. Of iemand kan een opvatting ontwikkelen waarbij hij de ander belangrijker vindt dan zichzelf, bijvoorbeeld in de vorm van een zelfopofferend schema (Stroink et al., 2022). Hierdoor neemt de persoon de lichamelijke signalen (deels) niet meer waar en treedt een patroon van overbelasting op. De communicatie tussen de hersenen en de rest van het lichaam raakt verstoord, waardoor controleverlies over de besturing van het lichaam ontstaat (Moene, 2021).

Door de fysieke klachten van de FNS ontstaan nieuwe problemen, zoals angst, verminderd functioneren op alle terreinen, onderzoeken in het ziekenhuis en verlies van vertrouwen in het eigen lichaam. Deze gevolgen kunnen een in stand houdende factor vormen bij FNS (Espay et al., 2018).

In de zorgstandaard over FNS (*Conversiestoornis*) worden veel verschillende therapieën genoemd als optie voor behandeling, zoals cognitieve gedragstherapie, hypnotherapie, (psychosomatische) fysiotherapie en psychodynamische psychotherapie (GGZ Standaarden, 2017). Dezelfde zorgstandaard concludeert overigens dat de wetenschappelijke evidentie voor behandelingen van FNS beperkt is. Recent concluderen Gutkin en collega's (2020) hetzelfde.

Mede in overweging genomen dat er wellicht bij verschillende patiënten verschillende mechanismen aan de aandoening ten grondslag liggen, blijft een individuele casusconceptualisatie het voornaamste instrument om het behandelbeleid te bepalen.

BESCHRIJVING VAN DE CASUS

.....

Een 31-jarige ex-topsportster meldt zich omdat zij sinds 2 jaar last heeft van uitvalsverschijnselen in haar linkerbeen. Ongeveer zes keer per dag zakt ze door haar been en komt daarbij ten val. Dit leidt tot gevaarlijke situaties. Ze is al eens met haar hoofd op een stoeprand terechtgekomen en van de trap gevallen. Patiënte voelt de aanvallen niet aankomen. De perioden dat ze haar been niet kan bewegen duren van een paar seconden tot 2 uur.

Neurologisch onderzoek gaf geen verklaring voor de klachten. Ook de fysieke klachten die ze overhield aan haar topsportcarrière, zoals nek- en rugpijn, kunnen de uitvalsverschijnselen niet verklaren.

De uitvalsverschijnselen leiden ertoe dat patiënte situaties vermijdt waarbij ze langere tijd moet staan of lopen. Als ze ergens heen gaat waar mensen geen hulp kunnen bieden, gebruikt ze een rolstoel. Daarnaast heeft ze last van slaapproblemen, conditieverlies en energieverlies. De klachten leiden tot boosheid, frustratie en somberheid. Ze is het vertrouwen in haar lichaam kwijtgeraakt. Ze is bang dat anderen haar een aansteller vinden en denkt anderen tot last te zijn. Ze vindt het moeilijk haar grenzen aan te geven en heeft geregeld last van schuldgevoelens. Ze kan moeilijk ontspannen en neigt ertoe haar agenda vol te plannen met activiteiten. Op de dagen waarop ze zich beter voelt, onderneemt ze (te) veel.

Patiënte is positief over de sfeer in het gezin waarin zij is opgevoed. Wel werd volgens haar thuis na tegenslagen snel verdergegaan met het normale leven. 'Niet zeuren en doorgaan' was de boodschap.

Toen patiënte 6 jaar oud was, begon ze te sporten, waarna ze vrijwel direct werd geselecteerd voor de wedstrijdgroep. Voor haar sport heeft ze alles opzijgezet. Ze heeft geleerd haar emoties en pijn weg te drukken, waardoor ze emoties en lichamelijke signalen moeilijk aanvoelt. Toen patiënte forse pijnklachten ontwikkelde aan haar rechterarm (die achteraf gebroken bleek te zijn), stelde haar trainster dat de pijn tussen haar oren zat en dat ze verder moest trainen, zelfs toen ze flauwviel van de pijn. Ze kreeg geregeld kritiek, haar prestaties waren in de ogen van de trainer nooit goed genoeg. Daardoor ontwikkelde ze een negatief zelfbeeld en een gevoel van minderwaardigheid.

Toen patiënte openheid gaf over haar negatieve ervaringen tijdens de trainingen, had dit tot gevolg dat haar zusje (die dezelfde sport beoefende) hard werd aangepakt bij de training. Patiënte voelde zich daar schuldig over en besloot voortaan alles voor zich te houden. Na dit voorval ontstonden de uitvalsverschijnselen in haar linkerbeen, waardoor zij noodgedwongen moest stoppen met sporten op hoog niveau.

Patiënte beschrijft zichzelf als zorgzaam. Ze staat altijd klaar voor anderen en zet haar eigen behoeften opzij. Ook beschrijft ze zichzelf als gedisciplineerd, perfectionistisch en koppig. Ze stelt hoge eisen aan zichzelf, probeert geen fouten te maken en heeft het idee dat het altijd beter kan. Daarnaast denkt ze dat anderen hoge verwachtingen van haar hebben. Hierdoor vindt ze het moeilijk om te stoppen met een taak voordat die af is. Omdat er gedurende haar leven niet veel ruimte is geweest voor het voelen en uiten van emoties, heeft patiënte zichzelf aangeleerd een masker op te zetten voor de buitenwereld, maar ook voor zichzelf.

Haar dagelijks leven is sterk veranderd sinds zij last heeft van de uitvalsverschijnselen. Uit angst dat die verschijnselen zich voordoen, gaat zij veel situaties uit de weg, zoals het bezoeken van openbare plekken en het onderne-

men van leuke dingen met vrienden. Wanneer ze een dergelijke situatie niet kan vermijden, ontstaat angst voor het optreden van de aanvallen. Daarbij is patiënte vooral bang anderen te belasten. Ze heeft negatieve gedachten over het oordeel van anderen als de uitvalsverschijnselen optreden, bijvoorbeeld dat zij zich aanstelt of dat zij de dag voor hen verpest. Omdat patiënte voortdurend bezig is alles goed te doen, is er weinig ruimte om te ontspannen.

Onze hypothese luidt dat patiënte door haar onderdompeling in de sportcultuur eigenschappen aanleerde die haar kwetsbaar maken, zoals het negeren van haar lichamelijke sensaties. De schuldgevoelens over haar zusje lijken de directe aanleiding te zijn geweest tot het ontwikkelen van de uitvalsverschijnselen. Sindsdien worden de klachten in stand gehouden door negatieve gedachten en gevoelens, waaronder de angst voor het optreden van een aanval, en vermijding. Diagnostisch gezien is er sprake van een functioneel-neurologisch-symptoomstoornis (FNS).

METINGEN

.....

De belangrijkste maat om het resultaat van de behandeling vast te stellen, is de frequentie en duur van de aanvallen. Daarnaast formuleren we een aantal subdoelen, waarbij we de mechanismen meten die de FNS in stand houden. Daarbij gebruiken we een variant van de Goal Attainment Scale (GAS; Kiresuk, 1994). Deze vragenlijst heeft een schaal van 0-10 (0 = doel niet bereikt, 10 = doel volledig bereikt). Voor patiënte formuleren we de volgende doelen:

- ▶ grenzen beter aangeven en daarbij geen schuldgevoel ervaren;
- ▶ minder piekeren;
- ▶ zich meer op haar gemak voelen bij en geaccepteerd worden door anderen;
- ▶ meer ontspannende activiteiten ondernemen;
- ▶ meer durven ondernemen, en daardoor minder angst voor uitvalsverschijnselen.

Om vermijding in kaart te brengen, wordt de Fear Questionnaire (FQ; Marks & Mathews, 1979) afgenomen. Per onderdeel wordt op een schaal van 1-8 aangegeven in hoeverre patiënte een situatie vermijdt en in welke mate het angst geeft als zij deze situatie niet vermijdt.

BEHANDELING

.....

De behandeling bestaat uit 15 sessies cognitieve gedragstherapie, over een periode van 5 maanden.

Cognitieve therapie

Patiënte heeft veel last van negatieve gedachten. De stress die dit oplevert, onderhouden de aanvallen. Het betreft gedachten over schuld (tegenover haar zusje), anderen tot last zijn, negatieve gedachten over zichzelf en de voortdurende dreiging een aanval te krijgen, waardoor ze vele situaties vermijdt.

We starten met cognitieve therapie, waarbij patiënte gedachterapporten invult over situaties waarin zij gevoelens van schuld of angst ervaart of last heeft van andere niet-helpende gedachten. Hierdoor krijgt ze meer vat op haar negatieve gedachten en gevoelens. Door zich bewust te worden van haar redeneer- en denkfouten, kan patiënte haar gedachten uitdagen en situaties vanuit een ander perspectief bekijken.

We geven een voorbeeld. Toen patiënte eens met een vriendin op pad was en vermoeid raakte, stelde haar vriendin voor om in de auto te eten in plaats van in een restaurant. Patiënte kreeg een schuldgevoel, omdat ze bang was haar vriendin teleur te stellen. Ze dacht dat de vriendin het vervelend vond om zoveel moeite te doen voor patiënte. Bij het invullen van het gedachterapport realiseerde patiënte zich dat er sprake was van 'gedachtelezen'. Ze formuleerde de helpende gedachte dat haar vriendin het alternatief niet voor niets voorstelde en dat ze blij mocht zijn dat iemand rekening met haar hield.

Gedragstherapie

Om de geloofwaardigheid van de helpende gedachten te vergroten, voerden we gedragsexperimenten uit. Een van de experimenten betrof het volgende. Patiënte kreeg het verzoek mee te helpen met het voorbereiden van een wedstrijd op het moment dat zij een ziekenhuisafspraken had. Ze had de neiging om voorrang te geven aan de wedstrijd, omdat ze bang was voor afkeurende reacties wanneer ze niet aan het verzoek voldeed. Klopte dit scenario? Patiënte liet zich door de therapeut verleiden te melden dat ze niet kon helpen bij de wedstrijd, omdat ze naar het ziekenhuis moest. Tot haar verbazing reageerde iedereen begripvol. Ook zonder haar hulp kon de wedstrijd plaatsvinden.

Daarnaast is met patiënte een lijst opgesteld van activiteiten die zij tot dusver uit de weg ging uit angst voor uitvalsverschijnselen. Op deze lijst stonden: naar de Ikea gaan, op zaterdag de markt bezoeken en uit eten gaan met vrienden. Stapsgewijs ging ze deze activiteiten ondernemen. Hierbij ervoer zij – in tegenstelling tot haar verwachting – een positieve reactie van mensen op haar problemen. Hierdoor nam de angst om dingen te ondernemen af.

Tijdens het sporten leerde patiënte om door te gaan tot het gaatje. Ook buiten de topsport neigt patiënte ertoe om door te gaan totdat ze er letterlijk

bij neervalt. We hebben bekeken hoe ze een betere balans kan vinden tussen inspanning en ontspanning. Vanaf de vierde sessie heeft zij iedere dag 30 minuten tijd voor zichzelf vrijgemaakt, waarin zij een serie keek, een boek las of creatief bezig was. Hierbij ervoer zij dat de onrust in haar gedachten en lichaam afnam. Dit hielp haar om in haar weekschema meer rekening te houden met haar belastbaarheid. Ze plande dagen vrij als zij veel afspraken achter elkaar had. Dit werd steeds gemakkelijker, omdat patiënte tijdens de gedragsexperimenten ervoer dat mensen schappelijk reageerden wanneer ze ruimte voor zichzelf vroeg.

In sommige situaties blijft het lastig voor patiënte om haar grenzen aan te voelen, waardoor ze zichzelf overbelast en de uitvalsverschijnselen blijven optreden. Daarom is besloten een extra interventie toe te voegen, namelijk het opstellen van een GOR-schema. Hierbij wordt aan de hand van verschillende kleuren (groen, oranje en rood) in kaart gebracht welke signalen kenbaar maken dat de spanning te hoog oploopt: groen is de veilige fase met weinig tot geen spanningen, bij oranje dreigt overbelasting, en in de rode fase gaat het mis. Deze interventie wordt beschreven in het behandelprotocol *Hou je staande* (Moene, 2021). Gedurende de laatste vijf bijeenkomsten heeft patiënte dit schema ingevuld, aan de hand van gebeurtenissen gedurende de week. Ze werd zich bewuster van haar lichamelijke signalen en grenzen, waardoor ze die tijdig kon aangeven.

RESULTATEN

.....

Het belangrijkste resultaat van de therapie is het verdwijnen van de uitvalsverschijnselen na de zevende sessie (tabel 1). Een follow-upmeting vond plaats na 3 maanden. In die tijd was er sprake van een eenmalige, kortstondige uitval. Daar ging een stressvolle week aan vooraf, waarin patiënte last had van slaapttekort en weinig tijd had voor ontspanning. Daarom verraste het recidief haar niet. Patiënte vertrouwt erop dat de uitvalsverschijnselen afwezig blijven wanneer zij de dingen blijft toepassen die ze geleerd heeft.

Tabel 2 geeft weer in hoeverre de subdoelen zijn bereikt, zoals het aangeven van grenzen, het verminderen van piekeren, de toename van ontspannende activiteiten en het verminderen van vermijding.

TABEL 1 *Uitvalsverschijnselen per week (duur in aantal uur)*

Uitvalsverschijnselen	Frequentie	Duur
Sessie 2	26	7,43
Sessie 3	32	4,19
Sessie 4	21	5,45
Sessie 5	2	0,83
Sessie 6	1	0,50
Sessie 7	0	0,00
Sessie 8	0	0,00
Sessie 9	0	0,00
Sessie 10	0	0,00
Sessie 11	0	0,00
Sessie 12	0	0,00
Sessie 13	0	0,00
Sessie 14	0	0,00
Sessie 15	0	0,00
Follow-up	1	0,05

TABEL 2 *Score op de Goal Attainment Scale (GAS)*

GAS	Uitval	Grenzen	Piekeren	Ontspanning	Vermijding
Baseline	4	1	0	3	0
Sessie 5	3	3	7	7	7
Sessie 10	9	9	8	10	10
Sessie 15	10	10	7	10	10
Follow-up	10	10	10	9	10

Noot. GAS = Goal Attainment Scale. De scores lopen van 0-10. Een hogere score betekent verbetering.

De angsten voor de aanvallen zijn verdwenen, waardoor patiënte geen situaties meer vermijdt (tabel 3).

TABEL 3 *Score op de Fear Questionnaire (FQ)*

FQ	Vermijding	Angst
Baseline	5,7	4,4
Sessie 5	3,0	3,6
Sessie 10	2,6	4,9
Sessie 15	0,4	0,4
Follow-up	0,0	0,0

Noot. FQ = Fear Questionnaire. De scores zijn gemiddelden en lopen van 1-8. Een hogere score indiceert een hogere mate van vermijding/angst.

Tijdens de evaluatie vertelt patiënte dat ze sneller voorrang geeft aan haar eigen behoeften. Wanneer andere mensen het vervelend vinden als patiënte haar grenzen aangeeft, betreft zij dat niet meer op zichzelf. Door te oefenen met het stellen van grenzen, ervoer zij dat mensen het meestal niet erg vinden als ze voor zichzelf kiest.

Patiënte vertelt dat zij minder piekert. De dagelijkse momenten van ontspanning, het uitdagen van gedachten en het inzetten van helpende gedachten hebben hieraan bijgedragen. Ze ligt 's avonds in bed zonder dat haar gedachten voor haar gevoel alle kanten opgaan. Patiënte denkt dat ze daardoor beter doorslaapt.

Ook leerde ze beter te ontspannen. Het inplannen van een half uur per dag voor zichzelf werkt naar haar zeggen erg goed, ook als ze een drukke week heeft. Ze doseert haar afspraken, en houdt rekening met een goede balans tussen rust en inspanning. Ze houdt bewust dagen vrij in haar agenda.

Ze zegt geen angst voor uitvalsverschijnselen meer te ervaren en kan daardoor de activiteiten ondernemen die ze voor het ontstaan van de klachten ook deed: 'Ik ben opener in wat ik voel en vind. Eerder sprak ik me hier nooit over uit, ook niet als mijn omgeving wel zag dat er iets aan de hand was, waardoor zij niet goed wisten hiermee om te gaan. Ze probeerden dan door te vragen, maar vaak wist ik ook zelf niet wat ik voelde en dacht. Hier heb ik beter zicht op gekregen. Het invullen van de gedachterapporten heeft hieraan bijgedragen. De reacties van de omgeving op de oefeningen zijn een eyeopener voor mij geweest.'

DISCUSSIE

.....

Omdat patiënte op jonge leeftijd startte met topsport, beïnvloedde de cultuur binnen de topsport haar persoonlijke ontwikkeling, wat zich uitte in

haar karakter, vaardigheden en zelfbeeld. Het leidde tot een eenzijdige en soms meedogenloze nadruk op presteren en doorzetten, waardoor zij kwetsbaar werd voor psychische problemen. Het zou voor jonge sporters, zoals patiënte, beter zijn dat er niet alleen aandacht is voor hun prestaties, maar ook voor de sporter als mens. Hoewel dat laatste ongetwijfeld op veel plaatsen het geval is, zijn er ook bedenkingen (de Vries et al., 2017; Wiese-Bjornstal, 2010). Met name bij jonge sporters is er sprake van een onevenwichtige machtsrelatie, waarbij de jonge sporter onvoldoende mogelijkheden heeft om weerstand te bieden tegen kwalijke invloeden. Veelal nemen jonge sporters de heersende mores in de sportcultuur klakkeloos over. Vaak weten ze niet beter. Ook hebben ze niet de vaardigheid om zich staande te houden in een veeleisende omgeving. Dat legt grote verantwoordelijkheid bij de trainers om jonge sporters te helpen in hun persoonlijke ontwikkeling en aandacht te besteden aan vragen als: Hoe ontwikkelt iemand een positief zelfbeeld (los van prestaties)? Hoe kan ik een sporter steunen bij tegenslag in plaats van straffend op te treden? Hoe ga ik op een verstandige manier om met emoties en lichamelijke sensaties zoals pijn?

Een tweede opmerking betreft de behandeling van FNS. Er is een tekort aan behandelaren die zich bekwaam achten om patiënten met FNS te behandelen (GGZ Standaarden, 2017). Dat heeft meerdere redenen. Allereerst komen wij geregeld behandelaren tegen die denken dat het behandelen van somatoforme stoornissen een 'andere wereld' is, waarin ze met hun therapeutisch gereedschap niet uit de voeten kunnen. Dat gevoel wordt mogelijk versterkt doordat in protocollaire behandelingen geregeld hypnose genoemd wordt, een techniek die niet veel therapeuten beheersen (Hoogduin et al., 2017). Met deze casus hopen we te illustreren dat een deel van de patiënten met FNS te behandelen is met technieken die elke gedragstherapeut standaard in zijn pakket heeft. De behandeling was in dit geval niet anders dan een willekeurige andere gedragstherapeutische behandeling: beginnen met een casusconceptualisatie (hoe zit het probleem in elkaar: wat zijn voorliggende kwetsbaarheden, wat zijn de uitlokkers van het probleemgedrag en welke gevolgen houden het probleem in stand), het stellen van duidelijke behandeldoelen, en het bedenken van interventies om die doelen te bereiken. In het geval van patiënte hebben we ons vooral gericht op de factoren die het gedrag in stand hielden en gebruikten daarbij gangbare interventies. Ook andere gangbare interventies hadden toegepast kunnen worden bij deze patiënte, zoals een zelfbeeldmodule (de Neef, 2022) of EMDR gericht op de anticipatieangst voor de aanvallen, waarbij wordt uitgegaan van een specifiek geconstrueerd schrikbeeld (Logie & de Jongh, 2014). Er leiden vele wegen naar Rome, ook in de behandeling van FNS.

Carine van Empelen (gz-psycholoog) en **Michel Reinders** (klinisch psycholoog) werken beiden bij het Expertisecentrum Psychosomatiek GGZinGeest te Amstelveen.

Correspondentieadres: Carine van Empelen, GGZinGeest, Laan van de Helende Meesters 433, 1186 DL Amstelveen. E-mail: c.vanempelen@ggzingeest.nl.

Summary *The paralysing effect of elite sport culture*

When athletes start doing top-level sports at a young age, the culture within top-level sports influences their character development. Sometimes for the better, sometimes for the worse, as with the patient we describe in this case. During the training sessions, the emphasis was on pushing physical boundaries. Not only did she learn to ignore her body signals, but she also got the feeling that she was never doing it right. Ultimately, this led to overload and she developed paralysis in attacks. The neurologist referred to this as a functional neurological disorder (FND). We treated the patient with 15 sessions of cognitive behavioral therapy, after which the symptoms disappeared. The case underlines the responsibility that rests on the shoulders of trainers within top-level sports to guide their pupils in a good way and to contribute to positive character development. This case also shows that FND does not always require complicated treatment with techniques that only a small number of therapists have mastered, such as hypnosis. In the case study, we used behavioral therapy techniques that every behavioral therapist has at their disposal. Hopefully, an illustration of this approach will make FND treatment more accessible.

Keywords *FND, top level sports, behavioral therapy, paralysis*

Literatuur

- Bennett, K., Diamond, C., Hoeritzauer, I., Gardiner, P., McWhirter, L., Carson, A., & Stone, J. (2021). A practical review of functional neurological disorder (FND) for the general physician. *Clinical Medicine*, 21, 28-36. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2020-0987>
- de Neef, M. (2022). *Negatief zelfbeeld*. Boom.
- de Vries, K., Ross-van Dorp, C., & Myjer, E. (2017). *Rapport van de Onderzoekscommissie seksuele intimidatie en misbruik in de sport*. Arko Sports Media.
- Dvonch, V. M., Bunch, W. H., & Siegler, A. H. (1991). Conversion reactions in pediatric athletes. *Journal of Pediatric Orthopedics*, 11, 770-772. <https://doi.org/10.1097/01241398-199111000-00013>
- Espay, A. J., Aybek, S., Carson, A., Edwards, M. J., Goldstein, L. H., Hallett, M., LaFaver, K., LaFrance, W. C. Jr, Lang, A. E., Nicholson, T., Nielsen, G., Reuber, M., Voon, V., Stone, J., & Morgante, F. (2018). Current concepts in diagnosis and treatment of functional neurological disorders. *JAMA Neurology*, 75, 1132-1141. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2018.1264>
- GGZ Standaarden. (2017). *Conversiestoornis* [Zorgstandaard]. www.ggz-standaarden.nl/zorgstandaarden/conversiestoornis
- Gutkin, M., McLean, L., Brown, R., & Kanaan, R. A. (2020). Systematic review of psychotherapy for adults with functional neurological disorder. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2019-321926>
- Hoogduin, K., de Kleine, R., van Minnen, A., Tibben, M., Stormink, C., Andeweg, E., & Roggeveen, P. (2017). Protocolaire behandeling van patiënten met conversiestoornis (functioneel-neurologisch-symptoomstoornis). In G.

- Keijsers, A. van Minnen, M. Verbraak, K. Hoogduin, & P. Emmelkamp (red.), *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten: Boek 3* (pp. 283-368). Boom.
- Kiresuk, T. J. (1994). Historical perspective. In T. J. Kiresuk, A. Smith, & J. E. Cardillo (Eds.), *Goal attainment scaling: Application, theory, and measurement* (pp. 135-160). Lawrence Erlbaum.
- Logie, R., & de Jongh, A. (2014). The 'flashforward procedure': Confronting the catastrophe. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8, 25-32. <https://doi.org/10.1891/9780826131683.0003>
- Mannes, Z., Waxenberg, L., Cottler, L., Peristein, W., Burell, L., Ferguson, E., Edwards, M., & Ennis, N. (2019). Prevalence and correlates of psychological distress among retired elite athletes: A systematic review. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 12, 265-294. <https://doi.org/10.1080/1750984X.2018.1469162>
- Marks, I., & Mathews, A. M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263-267. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(79\)90041-x](https://doi.org/10.1016/0005-7967(79)90041-x)
- Moene, F. C. (2021). *Draaiboek Hou je Staande* [Ongepubliceerd manuscript].
- Moene, F., & Rümke, M. (2004). *Behandeling van de conversiestoornis: Een interdisciplinaire behandeling*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Oltmans, E., Confectionar, K., Jonkers, R., Kerkhoffs, G., Moen, M., Verhaagen, E., Wylleman, P., & Gouttebarga, V. (2022). A 12-month prospective cohort study on symptoms of mental health disorders among Dutch former elite athletes. *The Physician and Sportsmedicine*, 50, 123-131. <https://doi.org/10.1080/00913847.2020.1868276>
- Paredes-Echeverri, S., Guthrie, A. J., & Perez, D. L. (2022). Toward a possible trauma subtype of functional neurological disorder: Impact on symptom severity and physical health. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1040911. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1040911>
- Rice, S. M., Gwyther, K., Santesteban-Echarri, O., Baron, D., Gorcynski, P., Gouttebarga, V., Reardon, C., Hitchcock, M., Hainline, B., & Purcell, R. (2019). Determinants of anxiety in athletes: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 53, 722-730. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-100620>
- Rice, S. M., Purcell, R., De Silva, S., Mawren, D., McGorry, P. D., & Parker, A. G. (2016). The mental health of elite athletes: A narrative systematic review. *Sports Medicine*, 46, 1333-1353. <https://doi.org/10.1007/s40279-016-0492-2>
- Stroink, L., & Huijbregts, K., (2023). Een heroverweging van premorbide factoren in conversiestoornissen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 49, 1-13.
- Stroink, L., Mens, E., Ooms, M., & Visser, S. (2022). Maladaptive schemas of patients with functional neurological symptom disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29, 933-940. <https://doi.org/10.1002/cpp.2671>
- Wiese-Bjornstal, D. (2010). Psychology and socioculture affect injury risk, response, and recovery in high-intensity athletes: A consensus statement. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 20, 103-111. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2010.01195.x>

.....

Stilstaan bij dwangmatig bewegen bij eetstoornissen

AURÉLIE NIEUWENHUIJSE, FRANSJE SNIJDERS, EVELINE VAN DEN HOEK
& ANNEMARIE VAN ELBURG

Samenvatting

.....

Dwangmatig bewegen is een negatieve prognostische factor bij eetstoornissen en behoeft specifieke behandeling. Kennis over en inzicht in bewegingsdrang en dwangmatig bewegen is een voorwaarde voor het slagen van de behandeling. Wij bespreken en onderschrijven het belang van de combinatie van psycho-educatie, gezond bewegen, psychomotorische therapie en cognitieve gedragstherapie bij dwangmatig bewegen.

Trefwoorden: dwangmatig bewegen, eetstoornissen, bewegingsdrang, cognitieve gedragstherapie, psychomotorische therapie

Kernboodschap voor de klinische praktijk

- Voor de behandeling van eetstoornissen is het belangrijk dat er meer aandacht komt voor dwangmatig bewegen en de aanpak ervan.

INLEIDING

.....

In deze forumbijdrage vragen wij aandacht voor dwangmatig bewegen, een onderbelicht symptoom van eetstoornissen. De prevalentiecijfers van dwangmatig bewegen variëren sterk. Afhankelijk van de gebruikte onderzoeksmethode kan het bij anorexia nervosa (AN) oplopen tot 90% (Casper et al., 2020) en er zijn sterke aanwijzingen dat het een rol speelt bij de pathogenese van AN. Dwangmatig bewegen verdwijnt maar ten dele bij gewichts-

herstel en kan soms juist toenemen bij een stijgend gewicht. Het bewegen kan extreme vormen aannemen, kan een significante barrière voor herstel zijn (Alberti et al., 2013) en voorspelt een terugval (Dittmer et al., 2018; Gianini et al., 2016). Een verbod op bewegen leidt vaak tot veel spanning en stiekem bewegen. Herkenning en erkenning zijn om deze reden belangrijk (Sniijders & van Furth, 2023). Specifieke behandeling van dwangmatig bewegen heeft meerwaarde (Hallward et al., 2022). Maar wat verstaan we onder dwangmatig bewegen, hoe ontstaat het en waarom is het zo hardnekkig? En wat zijn de resultaten tot nu toe van studies die een specifieke behandeling onderzocht hebben?

DWANGMATIG BEWEGEN

.....

Dwangmatig bewegen (Dittmer et al., 2018) is overmatig bewegen vanuit een ongezonde motivatie of dwang. Het gaat daarbij om zowel de kwantiteit als de kwaliteit van het bewegen. Er zijn drie subtypen dwangmatig bewegen te onderscheiden: (1) intensieve beweging en sport, (2) extra bewegen verkapt in het dagelijks leven, en (3) een minder opvallende versie, met motorische onrust en het (stiekem) aanspannen van spieren (Dittmer et al., 2020). Er zijn verschillende manieren om dwangmatig bewegen te registreren. De *kwantiteit* van bewegen kan vastgelegd worden met pedometers, actiowatches en dergelijke, maar deze informatie wordt gemakkelijk gemanipuleerd (Gümmer et al., 2015). Het wordt aanbevolen zich meer te richten op de psychologische aspecten van het dwangmatig bewegen (Harris et al., 2020; Meyer et al., 2016). Deze redenen kunnen inzichtelijk worden gemaakt aan de hand van zelfrapportagevragenlijsten. Een aantal Nederlandse versies van deze zelfrapportagelijsten wordt momenteel psychometrisch onderzocht (Bewegingsgedrag, z.d.).

OOZAKEN EN IN STAND HOUDENDE FACTOREN

.....

Dwangmatig bewegen kan worden ingezet om calorieën te verbranden en zo controle te houden over het gewicht, maar ook om nare gevoelens, angsten en somberheid minder te ervaren (Schlegel et al., 2018). Het bewegen wordt dan een disfunctioneel copingmechanisme, dat meestal toeneemt in kwantiteit en steeds meer regels krijgt (Rizk et al., 2020). Ten slotte wordt het dwangmatig gedrag. Het model met in stand houdende factoren van Meyer en collega's (2011) maakt helder hoe dwangmatig bewegen hand in hand gaat met eetpathologie (wederzijds bekrachtigend), affectregulatie, rigiditeit en perfectionisme. De psychologische afhankelijkheid van dwangmatig bewegen is zeer sterk, met name bij individuen met een grote mate

van emotie-intolerantie. Bij sterk ondergewicht gaan bovendien biologische factoren een rol spelen en kan de rusteloosheid toenemen.

Er is veel onderzoek gedaan naar de biologische factoren van dwangmatig bewegen, voornamelijk in diermodellen. Er is aangetoond dat hormonen (zoals een teveel aan ghreline en een tekort aan leptine) en lichaamstemperatuur er een belangrijke rol bij spelen (Carrera et al., 2012).

341

BEHANDELING VAN DWANGMATIG BEWEGEN

.....

Psycho-educatie

.....

Het is essentieel dat patiënten en hun naasten weten dat dwangmatig bewegen bij hun eetstoornis hoort en ook behandeling behoeft. In onderzoeken naar effectieve behandelingen voor patiënten met AN wordt psycho-educatie belangrijk gevonden. Het doel van psycho-educatie is onder andere het verschil leren tussen gezond bewegen en dwangmatig bewegen, inzicht krijgen in de eigen overtuigingen, de juiste balans vinden tussen inspanning, rust en voeding, en het correct interpreteren van lichaamssignalen. Een ander onderdeel van psycho-educatie is inzicht krijgen in het bekrachtigende effect van bewegen en in het onderhoudende mechanisme van dwangmatig bewegen.

Psychomotorische therapie

.....

In Nederland kent psychomotorische therapie (PMT) een uitgebreide behandeltraditie bij eetstoornissen. PMT is gericht op bewegen en lichamelijkeheid, en sluit daarmee aan op de kernproblematiek van eetstoornissen wat betreft lichaamsbeleving, emotieregulatie en bewegingsgedrag (GGZ Standaarden, 2017). Al in 1999 omschreven Probst en collega's de eerste behandelaanbevelingen, die grotendeels gefundeerd waren op PMT (Probst et al., 1999). Momenteel richt PMT zich op het verkrijgen van een ander perspectief op bewegen via vier fasen (Rekkers & Boerhout, 2018). Na (1) psycho-educatie en (2) registreren wordt toegewerkt naar (3) het daadwerkelijk veranderen van het beweeggedrag, zoals van solitair bewegen naar sociaal bewegen, en van het verbranden van calorieën naar plezier hebben in bewegen. Verder wordt in fase 3 gewerkt aan een balans tussen inspanning en ontspanning (Beumont et al., 1994), waarbij interventies als *sensory awareness*, ademhalingsoefeningen en ontspanningsoefeningen worden ingezet. In (4) de laatste fase is het stabiliseren en integreren van gezond bewegingsgedrag in het dagelijks leven het doel (Rekkers et al., 2019). PMT kan met cognitieve gedragstherapie (CGT) als kader een sterke en noodzakelijke koppeling vormen in het lijfelijk ervaren van en experimenteren met gezond bewegen.

Een programma gericht op gezond bewegen heeft meerwaarde bij de behandeling van eetstoornissen (Cook et al., 2016; Meyer et al., 2008). De patiënten leren hoe ze weer vanuit gezonde motieven kunnen bewegen en hoe ze kunnen voorkomen dat bewegen dwangmatig wordt. De aangeboden bewegingsprogramma's variëren wat betreft intensiteit, duur en soort beweging (Hallward et al., 2022). De meeste programma's bestaan uit een- tot tweemaal per week (maar maximaal vijfmaal per week) een half uur tot twee uur bewegen. Het aanbod varieert van schaduwboksen, yogaoefeningen en zwemmen tot gewichtheffen en buitensportactiviteiten.

Cognitieve gedragstherapie

Dalle Grave (2009) stelt dat CGT een goede manier is om dwangmatig bewegen te behandelen. Naar onze mening moet CGT een onlosmakelijk onderdeel zijn van reeds geboden behandelingen. Dwangmatig bewegen kan worden uitgelegd als door angst gemotiveerd veiligheidsgedrag: het voorkomt de ramp of gevreesde uitkomst van gewichtstoename, dan wel van het moeten ervaren van allerlei negatieve emoties (angst, boosheid, verdriet) (Meyer et al., 2011). Dit veiligheidsgedrag is irrationeel, want in werkelijkheid blijft de gevreesde uitkomst of ramp in die mate uit. Bovendien reageert het gewicht pas dagen later op het al dan niet bewegen, als het al reageert. Het bewijs dat de ramp uitblijft heeft daardoor te veel een intermitterend effect, waardoor de angst vaak juist groter wordt.

De patiënten dienen te ervaren dat de gevreesde ramp als zodanig uitblijft. Het zomaar stilzetten van patiënten past daar niet bij, al is het een enkele keer onontkoombaar vanwege een slechte somatische conditie. Essentieel is om helder te formuleren wat de onderliggende cognities zijn die de patiënt heeft over het eigen bewegen ('Ik moet nu bewegen, anders kom ik vijf kilo aan', 'Ik moet nu bewegen, want anders ga ik voelen'). Als dit helder is, kan de patiënt in een gedragsexperiment op een gezonde manier bewegen, om daarna zijn of haar overtuigingen te toetsen op rationaliteit. Binnen de welbekende *cognitive behavioral therapy enhanced* (CBT-E; Fairburn 2008) wordt gesproken over compensatoir bewegen en niet-compensatoir bewegen, en wordt geadviseerd te werken met registraties en psycho-educatie over een gezond beweegpatroon. Deze behandeling is goed te combineren met psychomotorische therapie, waarbij patiënten kunnen werken aan een gezond bewegingspatroon (Rekkers et al., 2020), wat helder wordt samengevat in een factsheet (Voskamp et al., 2020). Concrete op bewegen gerichte CGT-behandelingen zijn exacter beschreven in de Engelstalige *compulsive exercise activity therapy* (LEAP; Taranis et al., 2011) en de Duitse *healthy exercise behaviour*-interventie (HEB; Alexandris et al., 2017), waarbij CGT gecombineerd wordt met een bewegingsaanbod.

In lijn met de protocollaire behandelingen voor angststoornissen kan het huidige CGT-aanbod voor eetstoornissen in Nederland wellicht vaker wor-

den aangevuld met exposure (niet-dwangmatig bewegen) en responspreventie (rust nemen), plus een passend bewegingsaanbod. De responspreventie moet leiden tot vertrouwen in een relatief stabiel lichaamsgewicht en juiste emotieregulatie.

KLOOF TUSSEN ONDERZOEK EN PRAKTIJK

.....

Hoe komt het dat bewegingsprogramma's met CGT ondanks hun goede resultaten nog zo weinig navolging vinden? Volgens Calogero en Pedrotty-Stump (2010) zou bij sommige behandelaren de misconceptie bestaan dat bij gewichtsherstel dwangmatig bewegen vanzelf verdwijnt. In twee studies is gevraagd naar de mening van internationale experts op het gebied van behandeling van eetstoornissen (Noetel et al., 2017; Quesnel et al., 2018). Zij noemen dat behandelaren bang kunnen zijn voor botbreuken of cardiale complicaties, hoewel dit in geen enkele studie is gemeld, ook niet in studies met patiënten met een heel lage BMI (Dittmer et al., 2020). Verder vreest men dat bewegen juist eetstoornisgedachten triggert of dat bewegen een negatief effect heeft op het gewicht (Quesnel et al., 2018), wat niet het geval is. Voor zover ons bekend worden bewegingsprogramma's met CGT in Nederland nog weinig toegepast. Verder ontbreekt een duidelijk, praktisch en op wetenschappelijk onderzoek gebaseerd Nederlands protocol.

CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

.....

Met deze bijdrage hopen we u het belang van een specifieke behandeling van dwangmatig bewegen te hebben laten zien en u meer kennis te hebben aangeboden over mogelijke behandelingen van dwangmatig bewegen. Het is onze doelstelling om in de komende jaren een Nederlands protocol voor de integrale behandeling van dwangmatig bewegen te ontwikkelen en uit te zetten in een gegrond onderzoeksprotocol.

Aurélië Nieuwenhuijse is als psychomotorisch therapeut werkzaam bij Emergis eetstoornissen, Goes. Daarnaast is ze verbonden aan de Faculteit sociale wetenschappen van Universiteit Utrecht als promovendus, en aan het lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn van Hogeschool Windesheim, Zwolle.

Fransje Snijders is als internist werkzaam bij GGZ Rivierduinen Eetstoornissen; Ursula, Leiden.

Eveline van den Hoek is als gz-psycholoog/cognitief gedragstherapeut werkzaam bij GGZ Rivierduinen Eetstoornissen; Ursula, Leiden.

Annemarie van Elburg is kinder- en jeugdpsychiater en hoogleraar klinische psychopathologie. Ze is verbonden aan de Faculteit Sociale Wetenschappen, Departement Klinische Psychologie, Universiteit Utrecht.

Correspondentieadres: Aurélie Nieuwenhuijse, Emergis afdeling eetstoornissen, Abbekeinderse zandweg 2, 4462 RB Goes. E-mail: a.nieuwenhuijse@emergis.nl.

Summary *Excessive exercise, attention required*

Compulsive exercise is a negative prognostic factor in eating disorders and requires specific treatment. Knowledge about and insight into the urge to move and compulsive exercise is a prerequisite for the success of the treatment. We discuss the importance of the combination of psychoeducation, healthy exercise, psychomotor therapy and cognitive behavioral therapy aimed at compulsive exercise.

Keywords *compulsive exercise, eating disorders, hyperactivity, cognitive behavioural therapy, psychomotor therapy*

Literatuur

- Alberti, M., Galvani, C., El Ghoch, M., Capelli, C., Lanza, M., Calugi, S., & Dalle Grave, R. (2013). Assessment of physical activity in anorexia nervosa and treatment outcome. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 45, 1643-1648. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e31828e8f07>
- Alexandris, K., Baumann, A., Cunz, U., Dittmer, N., Fumi, M., Marwitz, M., Mönch, C., & Mühlen, M. (2017). *AGB Therapeutenmanual*. Shön Klinik Roseneck.
- Beumont, P. J., Arthur, B., Russel, J. D., & Touyz, S. W. (1994). Excessive physical activity in dieting disorder patients: Proposals for a supervised exercise program. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 21-36. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(199401\)15:1<21::aid-eat2260150104>3.0.co;2-k](https://doi.org/10.1002/1098-108x(199401)15:1<21::aid-eat2260150104>3.0.co;2-k)
- Bewegingsgedrag. (z.d.). *Welkom*. <https://bewegingsgedrag.nl>
- Calogero, K., & Pedrotty-Stump, K. N. (2010). Incorporating exercise into eating disorder treatment and recovery: Cultivating a mindful approach. In M. Maine, D. Bunnell, & B. H. McGiley (Eds.), *Treatment of eating disorders* (pp. 425-441). Academic Press. doi.org/10.1016/B978-0-12-375668-8.10025-7
- Carrera, O., Adan, R. A., Gutierrez, E., Danner, U. N., Hoek, H. W., van Elburg, A. A., & Kas, M. J. (2012). Hyperactivity in anorexia nervosa: Warming up not just burning-off calories. *PloS One*, 7, e41851. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0041851>
- Casper, R. C., Voderholzer, U., Naab, S., & Schlegl, S. (2020). Increased urge for movement, physical and mental restlessness, fundamental symptoms of restricting anorexia nervosa? *Brain and Behavior*, 10, e01556. <https://doi.org/10.1002/brb3.1556>
- Cook, B. J., Wonderlich, S. A., Mitchell, J. E., Thompson, R., Sherman, R., & McCallum, K. (2016). Exercise in eating disorders treatment: Systematic review and proposal of guidelines. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 48, 1408-1414. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000000912>
- Dalle Grave, R. (2009). Features and management of compulsive exercising in eating disorders. *The Physician and Sportsmedicine*, 37, 20-28. <https://doi.org/10.3810/psm.2009.10.1725>
- Dittmer, N., Jacobi, C., & Voderholzer, U. (2018). Compulsive exercise in eating disorders: Proposal for a definition and a clinical assessment. *Journal of*

- Eating Disorders*, 6, 42. <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0219-x>
- Dittmer, N., Voderholzer, U., Mönch, C., Cuntz, U., Jacobi, C., & Schlegl, S. (2020). Efficacy of a specialized group intervention for compulsive exercise in inpatients with anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89, 161-173. <https://doi.org/10.1159/000504583>
- Fairburn, C. (2008). *Cognitive behaviour therapy and eating disorders*. The Guilford Press.
- GGZ Standaarden. (2017). *Eetstoornissen* [Zorgstandaard]. www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/eetstoornissen/introductie
- Gianini, L. M., Klein, D. A., Call, C., Walsh, B. T., Wang, Y., Wu, P., & Attia, E. (2016). Physical activity and post-treatment weight trajectory in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 49, 482-489. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1002/eat.22495>
- Gümmer, R., Giel, K. E., Schag, K., Resmark, G., Junne, F. P., Becker, S., Zipfel, S., & Teufel, M. (2015). High levels of physical activity in anorexia nervosa: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 23, 333-344. <https://doi.org/10.1002/erv.2377>
- Hallward, L., Di Marino, A., & Duncan L. R. (2022). A systematic review of treatment approaches for compulsive exercise among individuals with eating disorders. *Eating Disorders*, 30, 411-436. <https://doi.org/10.1080/10640266.2021.1895509>
- Harris, A., Hay, P., & Touyz, S. (2020). Psychometric properties of instruments assessing exercise in patients with eating disorders: A systematic review. *Journal of Eating Disorders*, 8, 45. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00315-2>
- Meyer, C., Plateau, C. R., Taranis, L., Brewin, N., Wales, J., & Arcelus, J. (2016). The Compulsive Exercise Test: Confirmatory factor analysis and links with eating psychopathology among women with clinical eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 4, 22. <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0113-3>
- Meyer, C., Taranis, L., Goodwin, H., & Haycraft, E. (2011). Compulsive exercise and eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 19, 174-189. <https://doi.org/10.1002/erv.1122>
- Meyer, C., Taranis, L., & Touyz, S. (2008). Excessive exercise in the eating disorders: A need for less activity from patients and more from researchers. *European Eating Disorders Review*, 16, 81-83. <https://doi.org/10.1002/erv.863>
- Noetel, M., Dawson, L., Hay, P., & Touyz, S. (2017). The assessment and treatment of unhealthy exercise in adolescents with anorexia nervosa: a Delphi study to synthesize clinical knowledge. *International Journal of Eating Disorders*, 50, 378-388. <https://doi.org/10.1002/eat.22657>
- Probst, M., Vanderlinden, J., & Vandereycken, W. (1999). Over bewegingsdrang en psychomotorische therapie bij anorexia nervosa-patiënten. *DITH*, 19, 99-106.
- Quesnel, D. A., Libben, M., Oelke, N. D., Clark, M. I., Willis-Stewart, S., & Caperchione, C. M. (2018). Is abstinence really the best option? Exploring the role of exercise in the treatment and management of eating disorders. *Eating Disorders*, 26, 290-310. <https://doi.org/10.1080/10640266.2017.1397421>
- Rekkers, M., & Boerhout, C. (2018). Psychomotorische therapie. In G. Noordenbos & A. A. van Elburg, (red.), *Handboek eetstoornissen* (pp. 277-284). De Tijdstroom.
- Rekkers, M., Boerhout, C., Nieuwenhuijse, A., & Bonekamp, J. (2019). Psychomotor interventions for eating disorders. In J. de Lange, O. Glas, J.

- van Busschbach, C. Emck, & T. Schreuwe (Eds.), *Psychomotor interventions for mental health* (pp. 133-161). Boom.
- Rekkers, M., Voskamp, M., Schreurs, S., Nieuwenhuijse, A., & van der Heijden, H. (2020). CBT-E en psychomotorische therapie, wij doen mee! *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 2, 2-9.
- Rizk, M., Mattar, L., Kern, L., Berthoz, S., Duclos, J., Viltart, O., & Godart, N. (2020). Physical activity in eating disorders: A systematic review. *Nutrients*, 12, 183. <https://doi.org/10.3390/nu12010183>
- Schlegel, S., Dittmer, N., Hoffman, S., & Volderhozer, U. (2018). Self-reported quantity, compulsiveness and motives of exercise in patients with eating disorders and healthy controls: Differences and similarities. *Journal of Eating Disorders*, 6, 17. <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0202-6>
- Snijders, F., & van Furth, E. F. (2023). Dwangmatig bewegen bij anorexia nervosa. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 167, 9-13.
- Taranis, L., Touyz, S., la Puma, M., & Meyer, C. (2011). *Loughborough Eating disorders Activity Programme LEAP*. Loughborough University Centre for Research into Eating Disorders.
- Voskamp, M., Nieuwenhuijse, A., & van der Heijden, H. (2020). *Factsheet CBT-E en PMT*. Nederlandse Academie voor Eetstoornissen. <https://naeweb.nl/wp-content/uploads/2021/06/Factsheet-PMT-en-CBTE.pdf>

.....

Effectiviteitsstudies als doorgeschoten streven

Een reactie op Huntjens en collega's (2023)

SIMONA KARBOUNIARIS, CORINNE BRONSINK, JANICE DE JAGER,
SASKIA KNAPEN, SORAYA KROMHOUT, ANGELA VAN DE LUIJTGAARDEN,
ANTOINET OOSTINDIËR, JIM VAN OS, PAULY RUIJPERS & DANIELLE
STEENTJES

Samenvatting

.....

Voor de behandeling van trauma is bovenmatig veel onderzoek gedaan naar onder andere EMDR, terwijl in onze optiek niet alle behandelingen evidence-based hoeven te zijn om bruikbaar te zijn. De zoektocht naar evidence is niet altijd realistisch en onnodig kostbaar. Bovendien laat het geen ruimte voor creativiteit van hulpverlener en cliënt. Specifiek bij hechtingsstoornissen, dissociatie en vroegkinderlijk trauma is een aangepaste (alternatieve) behandeling de moeite waard om te verkennen. Deze behandeling zal veelal om maatwerk vragen.

Trefwoorden: trauma, evidence-based medicine, personalized medicine, opkomende behandelmethoden

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Standaardbehandelingen voor trauma zijn niet altijd toereikend voor complexe hulpvragen binnen de ggz.
- ▶ Behandelingen hoeven niet bewezen effectief te zijn om van waarde te zijn voor het individu.
- ▶ Bij groepen die kampen met vroegkinderlijk trauma, hechtingsproblematiek en dissociatie zal de relationele werkzaamheid van psychotherapie op waarde

moeten worden geschat en benut, alsmede de vaak krachtig ontwikkelde coping van de cliënt.

Met enige verbazing namen wij kennis van het artikel ‘Traumagerelateerde klachten: een aantal populaire behandelingen onder de loep genomen’ van Huntjens en collega’s (2023) in het eerste nummer van 2023 van het *Tijdschrift voor Gedragstherapie*. Hun betoog start met de stelling dat ondanks de beschikbaarheid van effectieve evidence-based behandelingen voor traumagerelateerde klachten relatief weinig mensen zo’n behandeling ontvangen. Door hun artikel met deze insteek te beginnen, geven Huntjens en collega’s (2023) er blijk van goed bekend te zijn met de *standard of care* – echter zonder te vermelden dat die unilateraal gevoed is door bovenmatige output van onderzoek naar cognitieve gedragstherapie (CGT) en *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) bij posttraumatische-stressstoornis (PTSS). Zij staan onvoldoende stil bij het feit dat deze *one size fits all approach* niet voor alle hulpvragers in de ggz afdoende is. Een grote populatie die zich in de ggz meldt met traumagerelateerde klachten heeft namelijk naast PTSS ook last van andere klachten, die vaak lange tijd bestaan en dikwijls een alternatieve en integratieve behandelapproach vereisen.

Voorts vragen Huntjens en collega’s (2023) zich af – na lezing van het rapport *Zinnige zorg* – welke alternatieve traumagerichte behandelingen in de ggz worden aangeboden, aangezien een substantieel deel van de patiënten met PTSS geen traumagerichte behandeling ontvangt conform de richtlijnen en er aan hen ook minder sessies worden aangeboden dan aanbevolen.

Vervolgens bespreken zij een willekeurige greep uit aangeboden behandelingen die niet evidence-based zouden zijn. In deze bloemlezing wordt keer op keer gezocht naar de risico’s van een specifieke behandelinterventie en worden de werkingsmechanismen en effectiviteit ervan ter discussie gesteld. Het beschikbare, inderdaad soms schaarse onderzoek wordt aan het wankelen gebracht, dan wel afgezet tegen de gouden standaard van EMDR en CGT. Zo worden ook effectstudies naar nieuw opkomende lichaamsgerichte behandelingen weggezet, waaronder sensorimotor psychotherapie (SP). Deze behandelingen zijn echter veelbelovend volgens eerste onderzoeken (Brom et al., 2017; Burbach et al., 2023; Classen et al., 2021; Gene-Cos et al., 2016). Voor elk onderzoek kan wel een tegenonderzoek worden gepresenteerd, en het is belangrijk om rekening te houden met het *dodo bird effect* en de onderrapportage van negatieve studie-uitkomsten.

Een belangrijk argument van Huntjens en collega’s (2023) is dat gezocht moet worden naar een balans tussen goede behandeling en kosteneffectiviteit, en dat meer onderzoek gewenst is naar de werkzaamheid van bepaalde behandelingen. De indrukwekkende lijst aan onderzoekspublicaties over de werkzaamheid van EMDR en CGT doet je als lezer afvragen: Waartoe zijn al die investeringen gedaan? Zouden EMDR en CGT dan toch niet alle groepen voldoende kunnen bieden? En in hoeverre zijn al die onderzoeks-

investerings te legitimeren? Interessanter is naar onze mening het besef dat vooral bij zeer complexe problematiek een behandeling vaak om maatwerk zal vragen. Zo is ook de klinische toepasbaarheid van met *randomized controlled trials* (RCT's) onderzochte behandelingen vaak beperkt, omdat klinische patiënten ver afstaan van de populaties die in RCT's worden geïnccludeerd. Tevens rijst de vraag wat al dat effectonderzoek naar specifieke methoden ons gaat opleveren, in de wetenschap dat non-specifieke factoren (raamwerk, rationale, relatie, ritueel, *allegiance*) in de behandeling van aanzienlijke invloed en doorslaggevend zullen zijn dan een superieur veronderstelde behandelmethode (Hafkenscheid, 2014; van Oenen, 2019; van Os et al., 2019). Kortom, de werkzaamheid van psychotherapie zit niet (alleen) in de methodiek, maar (ook) in wie die methodiek in welke context uitvoert (Hutsebaut, 2023).

De wens naar behandel-evidentie op zichzelf is uiteraard legitiem, maar tegelijkertijd een illusie. Er zouden buitenproportioneel veel investeringen moeten worden gedaan om alle nieuwe interventies te toetsen. Dit ontmoedigt bovendien het zoeken naar creatieve maatwerkoplossingen van behandelaren en cliënten, oftewel naar *personalized medicine*. Ook moet niet vergeten worden dat *evidence-based practice* evenwaardig de preferenties van de patiënt laat meewegen. De opmerking dat er een discrepantie kan zijn tussen wat fijn is en wat effectief is, roept de vraag op in hoeverre het cliëntperspectief en specifiek ervaringskennis worden meegewogen. Cliënten kunnen heel goed in staat zijn op hun behandeling te reflecteren, en de waarde van ervaringskennis is bijvoorbeeld helder terug te vinden in de Australische richtlijnen (Blue Knot, 2019, 2020) voor de behandeling van respectievelijk complexe posttraumatische-stressstoornis en traumage-relateerde dissociatie. Deze zijn ontwikkeld door trauma-experts die naast wetenschappelijke en klinische inzichten ook ervaringskennis hebben meegenomen. In deze richtlijnen worden op respectvolle wijze 'nieuwe en opkomende behandelmethoden' besproken en ligt de nadruk op integratief (complementair) behandelen. Zij doen daarmee recht aan de diversiteit van cliëntenpopulaties binnen de (s)ggz en maken duidelijk dat in veel gevallen therapievormen zich niet lenen voor toetsing in gecontroleerde (RCT-) settingen, terwijl ze wel degelijk van waarde zijn voor de individuele cliënt. Met name onder psychotherapeuten bestaat de verleiding om het eigen vakgebied via exacte metingen te legitimeren (van Oenen, 2019). Echter, bewezen zorg hoeft helemaal geen goede zorg voor de individuele hulpvragers te betekenen en een te sterke nadruk op wetenschappelijke onderbouwing kent kwalijke neveneffecten, zoals overspannen verwachtingen over de therapie (van Oenen, 2019).

De adviesgroep Vroegkinderlijk Trauma Nederland deelt deze opvatting. De groep bestaat uit ervaringsdeskundige professionals en onderzoekers die constateren dat de huidige zorg in Nederland voor mensen met vroegkinderlijk trauma op een aantal punten ernstig tekortschiet (Karbouniaris

van Os, 2023). Volgens de groep wordt het huidige behandellandschap voor volwassenen in Nederland gedomineerd door korte interventies gericht op traumaconfrontatie. Er is te weinig kennis van zaken over de consequenties van onveilige hechting en vroegkinderlijk trauma. De groep pleit voor *trauma-informed* behandelingen en een breder palet dan de huidige standard of care. Ook wil zij dat ervaringsdeskundigen een intensievere rol hebben, en dat behandelingen wat betreft duur en vorm goed afgestemd worden op de hulpvrager, zodat die maximaal eigen regie heeft. Hierbij is het belangrijk om zorgvuldig af te wegen of er ofwel *trauma-focused* wordt behandeld, ofwel meer *trauma-informed* of *attachment-informed*, waarbij in de laatste twee gevallen rekening wordt gehouden met dissociatie en coping-mechanismen die juist bij vroegkinderlijk en/of langdurig hechtingstrauma een rol spelen. Er is een noodzaak tot aanpassing van standaardbehandelingen, zoals internationaal ook bekend. Daartoe is momenteel de vierde revisie van richtlijnen in de maak (vanuit de International Society for the Study of Trauma and Dissociation, ISSTD).

Zo voeren de vele complexe trauma- en dissociatiemethoden (onder andere Internal Family Systems, IFS; Developmental Needs Meeting Strategy, DNMS; en Comprehensive Resource Model, CRM) die het laatste decennium in de VS zijn ontwikkeld het adagium *slow is fast*. Kenmerkend voor de traditionele ggz is haar nadruk op risicodenken. Door onnodig conservatisme en geringschatting van nieuwe gevarieerde behandelwijzen worden ontwikkelkansen afgeremd. Wij willen pleiten voor kansen en creativiteit binnen geëigende kaders. De zorgfinanciering moet hierin niet leidend, maar veeleer volgend zijn. Hoewel we herkennen en erkennen dat in het verleden cliënten soms onnodig lang in een stabilisatiefase bleven hangen, sluit een korte behandeling in een ‘snelkookpan’ voor een aantal van hen onvoldoende aan en is in zulke gevallen dus niet gewenst (Najavits, 2015). Als er onvoldoende wordt nagedacht over terugval en nazorgbeleid, riskeren we deze groep onnodig te hertraumatiseren. Juist wanneer er sprake is van hechtingsproblematiek en een fundamenteel gebrek aan vertrouwen, is goed afgestemd werken in samenspel met cliënten een onmisbaar ingrediënt in de behandeling.

Simona Karbouniaris is als sociaal wetenschapper verbonden aan Hogeschool Utrecht en het Leids Universitair Medisch Centrum.

Corinne Bronsink is als gz-psycholoog, psychotherapeut en ervaringsdeskundige verbonden aan GGNet.

Janice de Jager is als adviseur ervaringsdeskundigheid en herstel verbonden aan Rivierduinen.

Saskia Knapen is als psychiater verbonden aan Altrecht en tevens een lead expert persoonlijkheidsstoornissen.

Soraya Kromhout is als ervaringsdeskundige verbonden aan Trauma en Transitie en tevens psycholoog i.o.

Angela van de Luijngaarden is als ervaringsdeskundige verbonden aan Rivierduinen.

Antoinet Oostindier is als directeur en psychiater verbonden aan Aerrea.

Jim van Os is als hoogleraar en psychiater verbonden aan Universitair Medisch Centrum Utrecht.

Pauly Ruijpers is als psychotherapeut, systeemtherapeut en ervaringsdeskundige verbonden aan Mozaïek, centrum voor ouder, kind en gezin.

Daniëlle Steentjes is als ggz agoog en ervaringswerker verbonden aan Rivierduinen en tevens POH-ggz.

Correspondentieadres: Simona Karbouniaris, Kenniscentrum Sociale Innovatie, Postbus 85397, 3508 AJ Utrecht. E-mail: simona.karbouniaris@hu.nl.

Summary *Effectiveness studies as an overambitious pursuit: A response to Huntjens et al. (2023)*

Of all trauma treatments, EMDR has been extensively studied, whilst not all treatment modalities need to be evidence-based in order to be useful. The search for evidence as suggested is not always realistic, let alone cost-efficient.

Furthermore, it impairs the space for the creativity of both professionals and clients. Especially in case of attachment disorders, dissociation and adverse childhood experiences, an adjusted (alternative) treatment may be worth exploring and will require a personalized approach.

Keywords: *trauma, evidence-based vs personalized medicine, emerging treatment modalities*

Literatuur

Blue Knot. (2019). *Practice guidelines for clinical treatment of complex trauma*.

National Centre of Excellence for Complex Trauma. www.blueknot.org.au

Blue Knot. (2020). *Practice guidelines for identifying and treating complex trauma-related dissociation*. National Centre of Excellence for Complex Trauma.

www.blueknot.org.au

Brom, D., Stokar, Y., Lawi, C., Nuriel-Porat, V., Ziv, Y., Lerner, K., & Ross, G. (2017). Somatic experiencing for post-traumatic stress disorder: A randomized controlled outcome study. *Journal of Traumatic Stress*, 30, 304-312. <https://doi.org/10.1002/jts.22189>

Burback, L., Brémault-Phillips, S., Nijdam, M. J., McFarlane, A., & Vermetten, E. (2023). Treatment of posttraumatic stress disorder: A state-of-the-art re-

view. *Current Neuropharmacology*.

Advance online publication. <https://doi.org/10.2174/1570159X2166623042809143>

Classen, C. C., Hughes, L., Clark, C., Hill Mohammed, B., Woods, P., & Beckett, B. (2021). A pilot RCT of a body-oriented group therapy for complex trauma survivors: An adaptation of sensorimotor psychotherapy. *Journal of Trauma & Dissociation*, 22, 52-68. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1760173>

Gene-Cos, N., Fisher, J., Ogden, P., & Cantrell, A. (2016). Sensorimotor psychotherapy group therapy in the treatment of complex PTSD. *Annals of Psychiatry and Mental Health*, 4, 1080. <https://doi.org/10.47739/2374-0124/1080>

Hafkenscheid, A. J. P. M. (2014). *De therapeutische relatie*. De Tijdstroom.

- Huntjens, R., Wessel, I., Lommen, M., Bachrach, N., Eidhof, M., Hoeboer, C., Matthijssen, S., Mooren, T., Schoorl, M., & van Minnen, A. (2023). Traumagerelateerde klachten: Een aantal populaire behandelingen onder de loep genomen. *Tijdschrift voor Gedragstherapie* 56, 3-32.
- Hutsebaut, J. (2023). *Simpel maar effectief* [Lezing]. NVGP-congres, 24 maart 2023.
- Karbouniaris, S., & van Os, J. (2023). *Kopzorgen: Trauma begrijpen in 33 vragen*. LannooCampus.
- Najavits, L. M. (2015). The problem of dropout from 'gold standard' PTSD therapies. *Frontiers in Psychology*, 7, 43. <https://doi.org/10.12703/P7-43>
- van Oenen, F. J. (2019). *Het misverstand psychotherapie*. Boom.
- van Os, J., Guloksuz, S., Vijn, T. W., Hafkenscheid, A., & Delespaul, P. (2019). The evidence-based group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: Time for change? *World Psychiatry*, 18, 88-96. <https://doi.org/10.1002/wps.20609>

.....

De juiste kennis versterkt de zelfregie

Een reactie op de reactie van Karbouniaris
en collega's (2023)

AGNES VAN MINNEN, INEKE WESSEL, NATHAN BACHRACH, MARLOES
EIDHOF, CHRIS HOEBOER, MIRIAM LOMMEN, SUZY MATTHIJSEN,
TRUDY MOOREN, MAARTJE SCHOORL & RAFAËLE HUNTJENS

Samenvatting

.....

In dit artikel reageren we op de reactie van Karbouniaris en collega's (2023). We delen het doel om de zorg voor patiënten zo effectief mogelijk maken, waarbij de patiënt optimale zelfregie heeft en kan kiezen uit een breed palet aan effectieve behandelingen. De huidige zorgstandaard voor traumagerelateerde stoornissen bevat een breder palet dan CGT en EMDR, houdt rekening met ervaringskennis van de patiënt en is gebaseerd op goed onderzoek naar effectiviteit. We zien het als taak van de behandelaar om de patiënt goed voor te lichten over de behandelingen die opgenomen staan in de zorgstandaard, inclusief de voor- en nadelen, de mate van bewezen effecten en de doelmatigheid van die behandelingen. Tegelijkertijd dient voorlichting de patiënt te beschermen tegen behandelingen die (nog) niet (voldoende) bewezen effectief of – erger nog – schadelijk kunnen zijn. Met de juiste kennis op zak staat de patiënt het sterkst en komt zelfregie het meest tot zijn recht. *Trefwoorden: zorgstandaard traumagerelateerde stoornissen, evidence-based (be)handelen, zelfregie, voorlichting*

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Hoewel de huidige zorgstandaard voor traumagerelateerde stoornissen naast de voorkeursbehandelingen CGT en EMDR ruimte biedt voor meer effectieve behandelmethoden, kunnen de voorkeursbehandelingen ook effectief worden ingezet wanneer er sprake is van bijkomende problematiek.
- ▶ Optimale traumabehandeling houdt in dat patiënt en behandelaar keuzes baseren op een combinatie van kenmerken en voorkeuren van de patiënt en up-to-date wetenschappelijke bewijsvoering.
- ▶ De behandelaar is verantwoordelijk voor het volledig voorlichten van de patiënten over het gehele aanbod van behandelingen.

Wij danken Karbouniaris en collega's voor hun reactie, waarin ze belangrijke onderwerpen aansnijden. We maken graag van de gelegenheid gebruik om een aantal van onze punten nader toe te lichten en hier en daar wat misverstanden uit de weg te ruimen. Maar ook willen we een – naar wij aanemen – gedeeld doel uitspreken: dat we de zorg voor patiënten zo effectief mogelijk willen maken, waarbij de patiënt optimale zelfregie heeft en kan kiezen uit een breed palet aan behandelingen.

Karbouniaris en collega's (2023) zijn bezorgd dat het toepassen van de huidige zorgstandaard voor traumagerelateerde stoornissen een *one size fits all*-benadering met zich meebrengt, omdat die zorgstandaard te smal op PTSS-klachten gericht zou zijn en de keuze tussen behandelingen te beperkt zou zijn (voornamelijk CGT of EMDR). De auteurs merken op dat een (groot) deel van de patiënten die zich aanmelden last heeft van andere problemen dan PTSS-klachten, of van klachten die het gevolg zijn van complexe, vroegkinderlijke traumatisering. Bij zulke problematiek zouden 'non-specifieke factoren (raamwerk, rationale, relatie, ritueel, *allegiance*) in de behandeling van aanzienlijke invloed en doorslaggevend' zijn (Karbouniaris et al., 2023, p. 349). Bovendien, zo stellen de auteurs, is de nadruk op wetenschappelijke onderbouwing doorgeschoten: gerandomiseerde klinische trials zijn duur, veel (alternatieve en integratieve) behandelingen zijn ongeschikt voor toetsing en vasthouden aan wetenschappelijke onderbouwing kan zelfs 'kwalijke neveneffecten' (p. 349) hebben. Karbouniaris en collega's (2023) pleiten daarom voor creatieve maatwerkoplossingen, in samenspraak met de patiënt.

Gelukkig biedt de huidige zorgstandaard voor traumagerelateerde stoornissen ruimte voor een breder palet aan effectieve behandelmethoden dan CGT of EMDR, waaronder ook psychodynamische en eclectische behandelprogramma's. En we snappen wel dat – door de sterk geprotocolleerde manier van werken in onderzoeken – het lijkt alsof deze behandelingen een *one size fits all*-formaat hebben, maar anders dan het woord 'protocol' doet vermoeden, veronderstellen bestaande protocollen juist maatwerk. Het protocol verschaft bij wijze van spreken de buitenmuren, het theoretische kader,

maar op basis van dat kader worden bij elke patiënt de binnenmuren en het interieur opnieuw ontworpen. Dat kan ook niet anders, want elke patiënt is anders.

Toch herkennen we uit de praktijk wel dat zowel therapeuten als patiënten een nog breder palet aan behandelingen wensen. Dan gaat het om behandelingen die meer recht zouden doen aan bijkomende problematiek, zoals problemen met emotieregulatie of dissociatie, en die niet direct gericht zijn op het verwerken van het trauma. Dat is een belangrijk thema, en de studies zoals beschreven in ons artikel hebben hier ook specifiek naar gekeken. Sommige behandelingen zijn bijvoorbeeld speciaal ontwikkeld voor mensen die vroegkinderlijk interpersoonlijk getraumatiseerd zijn en veel comorbide klachten hebben. In een van deze behandelingen (STAIR) wordt niet meteen traumagericht behandeld, maar worden eerst vaardigheden aangeleerd op gebieden waar tekorten zijn ontstaan door of tijdens de nare ervaringen in de (vroeg) jeugd. Denk daarbij aan interpersoonlijke en emotieregulatievaardigheden, waarbij ook veel aandacht is voor non-specifieke factoren, zoals empathie, vertrouwen en de therapeutische relatie. De combinatie van STAIR en een eerstekeuzebehandeling bleek echter in diverse onderzoeken niet effectiever dan enkel een eerstekeuzebehandeling, zoals exposure, imaginaire rescripting of EMDR (Oprel et al., 2021; Raabe et al., 2022; van Vliet et al., 2021). Al met al goed nieuws, omdat eruit geconcludeerd kan worden dat voor deze doelgroep (mensen met vroegkinderlijk trauma met veel comorbiditeit) een directe traumabehandeling zowel heel effectief, snel als veilig kan zijn, en dat een stabilisatiefase niet nodig is. De ene patiënt zou dan naar eigen voorkeur de meer *slow and steady*-behandeling kunnen aangaan, terwijl de andere een korte en intensieve therapie verkiest. Overigens is het belangrijk te vermelden dat bij behandelingen die vooral gericht zijn op traumaverwerking en PTSS-klachten ook andere klachten sterk afnemen, ook al is de behandeling daar niet specifiek op gericht. Denk daarbij aan zowel symptomen van paranoia, depressie, dissociatie (de Bont et al., 2016; Boterhoven-de Haan et al., 2020; Hagenaars et al., 2010) en algehele angst (van Minnen et al., 2015), als complexe PTSS-kenmerken: zelfbeeld, interpersoonlijke en emotieregulatieproblemen (Oprel et al., 2021; Raabe et al., 2022; van Vliet et al., 2021), en schuld- en schaamtegevoelens over de traumatische gebeurtenissen (Boterhoven-de Haan et al., 2020). Dit wil overigens niet zeggen dat traumabehandeling een toverstaf is die alle problemen totaal laat verdwijnen en dat er geen andere zorg of nazorg meer nodig zou zijn. Maar het kan na zo'n behandeling wel veel helderder worden op welke andere (levens)gebieden en klachten nog aanvullende behandeling noodzakelijk is.

Ook wij vinden het belangrijk dat de patiënt, conform de zorgstandaard voor traumagerelateerde stoornissen (GGZ Standaarden, 2020), kan kiezen uit een breed palet aan behandelingen. Tegelijkertijd willen we de patiënt beschermen tegen een wildgroei aan behandelingen die (nog) niet (vol-

doende) bewezen effectief of – erger nog – schadelijk kunnen zijn. Werken vanuit een theoretisch gezien dubieus perspectief (bijvoorbeeld vanuit het idee van een reptielenbrein: Cesario et al., 2020; of vanuit de polyvagaaltheorie: Verkuil, 2023) lijkt werken met een onschuldige metafoor, maar kan – zoals wij eerder betoogden – ongewenste neveneffecten hebben. Nieuwe behandelingen verdienen nader onderzoek van goede kwaliteit, ook als het gaat om niet-traumagerichte behandelingen. Een voorbeeld hiervan is het recent gestarte onderzoek PT-STRESS naar de effectiviteit van interventies die na het volgen van een traumagerichte eerstekeuzebehandeling worden aangeboden. In dat project wordt een niet-traumagerichte therapie (in dit geval interpersoonlijke therapie) afgezet tegen het volgen van een andere traumagerichte therapie (voor meer informatie, zie Dimence Groep, 2023).

Wat betreft de nadruk op dure en grootschalige RCT's die Karbouniaris en collega's bezwaarlijk vinden, merken we graag op dat onderzoeksprogramma's naar effectieve behandeling idealiter uit een combinatie van methodieken bestaan. Om te beginnen hebben methoden voor goed gecontroleerde casestudies de laatste jaren een sterke ontwikkeling doorgemaakt (*single-case experimental designs*, SCED's; zie Vlaeyen et al., 2020). Het is relatief eenvoudig om zulke casestudies in de klinische praktijk uit te voeren en op een wetenschappelijk verantwoorde wijze de (bij)effecten van behandelinterventies vast te stellen. Als eerste stap kunnen ze dus van grote waarde zijn (Nikles et al., 2021). Het blijft echter wel belangrijk om RCT's uit te voeren, met name met actieve controlecondities, omdat deze methode een hoge interne validiteit heeft. We kunnen met een RCT dus beter zeggen dat het gevonden effect toe te schrijven is aan de onderzochte interventie en niet aan andere storende invloeden. Verder kunnen de theoretische uitgangspunten van een behandeling goed en relatief eenvoudig in experimentele studies worden getoetst. Ten slotte blijft gelden dat het kritisch bekijken van het *level of evidence* van alle studies van groot belang is bij het wegen van het beschikbare empirische bewijs voor een bepaalde behandeling.

Een ander belangrijk punt is de rol van ervaringskennis van (ex-)patiënten. In ons eerdere artikel verwezen we naar de behandelingen voor PTSS die in de zorgstandaard voor traumagerelateerde stoornissen worden geadviseerd. Ten onrechte wekken Karbouniaris en collega's de indruk dat patiënten niet betrokken zouden zijn bij deze adviezen voor bepaalde voorkeursbehandelingen. In een zorgstandaard beschrijven juist patiënten en zorgprofessionals *samen* wat goede zorg is. Met andere woorden: patiëntenverenigingen hebben actief meegedacht over de adviezen en staan daar achter.

Voor de duidelijkheid: niet alle richtlijnen zijn vergelijkbaar. De door Karbouniaris en collega's genoemde Australische (Blue Knot-)richtlijnen en de richtlijnen van de ISSTD zijn ontwikkeld door een groep behandelaars met een eigen *practice-based* visie. De zorgstandaard daarentegen, beveelt een 'standaard behandelroute' aan, op basis van internationale evidence-

based consensusrichtlijnen, practise-based kennis en het principe van *matched care*. De behandelingen die wij noemen in onze inleiding worden in de zorgstandaard als eerstekeuzebehandelingen geadviseerd. Bij non-respons wordt een andere eerstekeuzebehandeling voor trauma aanbevolen. Is er opnieuw sprake van non-respons, dan wordt een eerstekeuzebehandeling geïntensiveerd en/of een medicamenteuze behandeling of een aanvullende therapie toegevoegd. Pas als laatste stap kan een innovatieve of experimentele behandeling worden overwogen. Patiënt en behandelaar beslissen samen welke behandeling gepast en gewenst is, waarbij nadrukkelijk rekening wordt gehouden met onderzoeksbevindingen ten aanzien van effectiviteit en doelmatigheid. In overleg kan besloten worden om van de standaard behandelroute af te wijken. Het is dan ook van groot belang om patiënten goed voor te lichten over de aanbevolen behandelingen die zijn opgenomen in de zorgstandaard, de voor- en nadelen ervan, en de mate van bewezen effecten en doelmatigheid van behandelingen. Met de juiste kennis staat de patiënt het sterkst en komt zelfregie het meest tot haar recht.

Aanbevolen evidence-based behandelingen kennen uiteraard ook nadelen. In onderzoek naar traumagerichte behandelingen is zeker ook aandacht voor eventuele verslechtering bij de patiënt. In een Nederlands onderzoek naar traumagerichte behandeling bij patiënten met zowel PTSS als een psychotische stoornis – een kwetsbare patiëntengroep waarin vroegkinderlijk misbruik of geweld veel voorkomt – werd gevonden dat 14,3% van deze patiënten een verslechtering vertoonde in de vorm van een toename van PTSS-klachten, paranoïde klachten en/of depressie (van den Berg et al., 2016). Interessant was echter dat in de wachtlijstgroep, die *treatment as usual* voor de psychotische klachten kreeg maar geen traumabehandeling, dit percentage in dezelfde periode 30,8% was, veel hoger dus. Daarnaast leerden we ook uit onderzoek (Burger et al., 2023) dat afname van klachten tijdens traumabehandeling voor sommige patiënten lineair verloopt, maar voor andere patiënten grilliger is. Bij deze laatste groep wisselen verslechtering en verbeteringen elkaar sprongsgewijs af, met uiteindelijk gelukkig voor beide groepen een goed eindeffect. Zulke onderzoeken laten zien dat er nuances aan te brengen zijn als we het hebben over verslechtering tijdens traumabehandeling, maar vaststaat dat verslechtering inderdaad soms optreedt bij een reguliere, evidence-based traumabehandeling. Sommige mensen worden bovendien niet beter van deze behandelingen, andere vallen na een aanvankelijk effect terug en weer andere hebben na een ‘snelskookpanbehandeling’ nazorg nodig voor aanverwante klachten. Karbouniaris en collega’s stellen terecht dat voor deze mogelijke uitkomsten van een traumabehandeling doorgaans te weinig aandacht is.

Wij ondersteunen van harte het standpunt dat patiënten betere voorlichting verdienen over de nadelen van eerstekeuzebehandelingen voor trauma. Tegelijkertijd verdienen patiënten ook een eerlijke voorlichting over de behandelmethoden die wij eerder onder de loep hebben genomen. Het is

belangrijk voor professionals om met een kritische blik naar deze behandelmethoden te kijken en ze beter te onderzoeken, inclusief de mogelijk nadelige gevolgen ervan. Dit allemaal ten behoeve van ons gezamenlijke doel, waar volgens ons geen discussie over bestaat: de beste, veiligste en meest passende zorg voor elke individuele patiënt.

Agnes van Minnen is verbonden aan het Psychotrauma Expertise Centre (PSYTREC) te Bilthoven en aan het Behavioural Science Institute (BSI) van de Radboud Universiteit, Nijmegen.

Ineke Wessel, Miriam Lommen en Rafaële Huntjens zijn werkzaam bij de afdeling Klinische Psychologie en Experimentele Psychopathologie, Rijksuniversiteit Groningen.

Nathan Bachrach is verbonden aan GGZ Oost Brabant te Helmond en aan Tilburg University.

Marloes Eidhof is verbonden aan Psychotraumacentrum Zuid-Nederland, Reinier van Arkel, Den Bosch en aan het Behavioural Science Institute (BSI), Radboud Universiteit, Nijmegen.

Chris Hoeboer is werkzaam bij de afdeling Psychiatrie, Amsterdam Universitair Medische Centra, locatie AMC, Amsterdam.

Suzy Matthijssen is verbonden aan Altrecht Academisch Angstcentrum, Utrecht, en aan de afdeling Klinische Psychologie, Universiteit Utrecht.

Trudy Mooren is werkzaam bij ARQ Centrum '45, Diemen, en bij de afdeling Klinische Psychologie, Faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht.

Maartje Schoorl is werkzaam bij de afdeling Klinische Psychologie, Universiteit Leiden, en bij het Leids Universitair Behandel- en Expertise Centrum.

Correspondentieadres: Ineke Wessel, Rijksuniversiteit Groningen, Klinische Psychologie en Experimentele Psychopathologie, Grote Kruisstraat 2/1, 9712 TS Groningen. E-mail: j.p.wessel@rug.nl.

Summary *The right knowledge strengthens self-management: A response to the response of Karbouniaris et al. (2023)*

In this article we respond to the response of Karbouniaris and colleagues (2023). We share the goal of making care for patients as effective as possible, in which the patient has optimal self-management and can choose from a wide range of effective treatments. The current standard of care for trauma-related disorders contains a broader palette than CBT and EMDR, takes into account the patient's experiential knowledge and is based on good research into effectiveness. We see it as the practitioner's task to properly inform the patient about the treatments included in the standard of care, including the advantages and disadvantages, the degree of proven effects and the effectiveness of those treatments. At the same time, information should protect the patient against treatments that have not (yet) been (sufficiently) proven to be effective or – even worse – may be harmful. The right knowledge optimizes self-management in patients.

Keywords *standard of care trauma-related disorders, evidence-based treatment, self-direction, education*

Literatuur

- Boterhoven-de Haan, K. L., Lee, C. W., Fassbinder, E., van Es, S. M., Mennin-ga, S., Meewisse, M. L., Rijkeboer, M., Kousemaker, M., & Arntz, A. (2020). Imagery rescripting and eye move-ment desensitisation and reprocess-ing as treatment for adults with post-traumatic stress disorder from childhood trauma: Randomised clini-cal trial. *British Journal of Psychiatry*, 217, 609-615. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.158>
- Burger, S. R., Hardy, A., van der Linden, T., van Zelst, C., de Bont, P. A. J., van der Vleugel, B., Staring, A. B. P., de Roos, C., de Jongh, A., Marcelis, M., van Minnen, A., van der Gaag, M., & van den Berg, D. P. G. (2023). The bumpy road of trauma-focused treat-ment: Posttraumatic stress disorder symptom exacerbation in people with psychosis. *Journal of Traumatic Stress*, <https://doi.org/10.1002/jts.22907>
- Cesario, J., Johnson, D. J., & Eisthen, H. L. (2020). Your brain is not an onion with a tiny reptile inside. *Current Directions in Psychological Science*, 29, 255-260. <https://doi.org/10.1177/0963721420917687>
- de Bont, P. A. J. M., van den Berg, D. P. G., van der Vleugel, B. M., de Roos, C. J. A. M., de Jongh, A., van der Gaag, M., & van Minnen, A. M. (2016). Pro-longed exposure and EMDR for PTSD v. a PTSD waiting-list condition: Ef-fects on symptoms of psychosis, de-pression and social functioning in patients with chronic psychotic disor-ders. *Psychological Medicine*, 46, 2411-2421. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001094>
- Dimence Groep. (2023). *PT-STRESS Studie: Gerandomiseerde, gecontroleerde studie in 2 fasen gericht op non-respons bij de behandeling van PTSS door de aanbevolen traumagerichte behande-lingen af te wisselen of door over te schakelen op IPT als niet-traumage-richte behandeloptie*. <https://onderzoek.dimencegroep.nl/wetenschappe-lijk-onderzoek/pt-stress-studie-geran-domiseerde-gecontroleerde-studie-2-fasen-gericht-op>
- GGZ Standaarden. (2020). *Psychotrau-ma- en stressorgerelateerde stoornis-sen* [Zorgstandaard]. www.ggzstan-daarden.nl/zorgstandaarden/psycho-trauma-en-stressorgerelateerde-stoornissen/introductie
- Hagenaars, M. A., van Minnen, A., & Hoogduin, A. L. (2010). The impact of dissociation and depression on the efficacy of prolonged exposure treat-ment for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 19-27. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.09.001>
- Karbouniaris, S., Bronsink, C., de Jager, J., Knapen, S., Kromhout, S., van de Luijngaarden, A., Oostindiër, A., van Os, J., Ruijpers, P., & Steentjes, D. (2023). Effectiviteitsstudies als door-geschoten streven: Een reactie op Huntjens en collega's (2023). *Gedragstherapie*, 56, 347-352.
- Nikles, J., Onghena, P., Vlaeyen, J. W., Wicksell, R. K., Simons, L. E., McGree, J. M., & McDonald, S. (2021). Estab-lishment of an international collabo-rative network for N-of-1 trials and single-case designs. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 23, 100826. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2021.100826>
- Opel, D. A. C., Hoeboer, C. M., Schoorl, M., de Kleine, R. A., Cloitre, M., Wigard, I. G., van Minnen, A., & van der Does, W. (2021). Effect of pro-longed exposure, intensified pro-longed exposure and STAIR + pro-longed exposure in patients with PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *Europe-an Journal of Psychotraumatology*, 12, 1851511. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1851511>

- Raabe, S., Ehring, T., Marquenie, L., Arntz, A., & Kindt, M. (2022). Imagery rescripting as a stand-alone treatment for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 77, 101769. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2022.101769>
- van den Berg, D. P., de Bont, P. A., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., van Minnen, A., & van der Gaag, M. (2016). Trauma-focused treatment in PTSD patients with psychosis: Symptom exacerbation, adverse events, and revictimization. *Schizophrenia Bulletin*, 42, 693-702. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv172>
- van Minnen, A., Zoellner, L. A., Harned, M. S., & Mills, K. (2015). Changes in comorbid conditions after prolonged exposure for PTSD: A literature review. *Current Psychiatry Reports*, 17, 1-16. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0549-1>
- van Vliet, N. I., Huntjens, R. J., van Dijk, M. K., Bachrach, N., Meewisse, M. L., & de Jongh, A. (2021). Phase-based treatment versus immediate trauma-focused treatment for post-traumatic stress disorder due to childhood abuse: Randomised clinical trial. *BJ-Psych Open*, 7, e211. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1057>
- Verkuil, B. (2023). Opinie: Hoe een complexe traumatheorie een sterk verhaal bleek. *GZ-Psychologie*, 2, 26-29. www.gzpsychologie.nl/magazine-artikelen/hoe-een-complexe-traumatheorie-een-sterk-verhaal-bleek
- Vlaeyen, J. W. S., Wicksell, R. K., Simons, L. E., Gentili, C., De, T. K., Tate, R. L., Vohra, S., Punja, S., Linton, S. J., Sniehotta, F. F., & Onghena, P. (2020). From Boulder to Stockholm in 70 years: Single case experimental designs in clinical research. *The Psychological Record*, 70, 659-670. <https://doi.org/10.1007/s40732-020-00402-5>

.....

Noodzaak voor adequate differentiaaldiagnostiek

.....

Bespreking van

Rien Vermeulen & Joop Bouma (2023). *Tussen de oren? Misverstanden over functionele neurologische stoornis (FNS)*. Uitgeverij SWP. 168 pp., € 28,00. ISBN 9789085602408

JOOP BOSCH

‘Wonderen zijn niet in tegenspraak met de natuur. Ze zijn slechts in tegenspraak met wat we weten over de natuur.’ (Augustinus, *Confessiones*)

De eerste auteur van dit boek is een neuroloog met jarenlange ervaring als onderzoeker en praktiserend arts, de tweede auteur is wetenschapsjournalist. Deze combinatie heeft geresulteerd in een praktisch boek, dat uiterst fraai wetenschappelijke bevindingen naar voren brengt, verweven in gevalsbeschrijvingen. Het boek kan voor een breed lezerspubliek dienen als leidraad in dit moeilijk te begrenzen nosologische gebied. De doelgroepen waar de auteurs zelf op mikken zijn – afgezien van FNS-patiënten – allereerst medisch beroepsoefenaren en zorgverzekeraars, maar tevens juristen en politici die met arbeidsgeschillen rond een functioneel neurologische stoornis (FNS) te maken hebben. Daar zou ik zelf aan willen toevoegen: alle klinisch (gedrags)psychologen en gedragstherapeuten in medische centra en revalidatie-instellingen.

Beknopt omschrijven de auteurs FNS als ‘haperingen in het verzenden en ontvangen van signalen in de hersenen’. De meest voorkomende manifestaties van FNS zijn bewegingsstoornissen, tremoren en verlammingen. De belangrijkste boodschap van de auteurs is dat FNS niet hetzelfde is als hys- terie of conversie. Aan de hand van casuïstiek stellen de beide auteurs succes- sievelijk alle relevante aspecten van FNS aan de orde die van belang zijn om dat onderscheid valide te kunnen maken. Bijzonder fraai komen in elk

hoofdstuk stapsgewijs – casus voor casus – alle thema's rond FNS aan bod, zoals manifestaties van klachten, differentiaaldiagnostiek en behandeling, maar ook de ingrijpende juridische aspecten ervan.

Bij hysterie, dat van oudsher valt onder dezelfde neurologische aandoeningen – net als blindheid, doofheid of stomheid –, kan evenmin enige organiciteit als oorzaak gevonden worden. Een bijzonder interessante gevalsbeschrijving over de 'hysterische blindheid' van Hitler aan het einde van de Eerste Wereldoorlog illustreert echter dat destijds (en ook nu nog wel) bij hysterie aan simuleren gedacht werd. Dit onderwerp voert in hoofdstuk 2 tot een uitvoerig betoog of simuleren wel of niet via tests aantoonbaar is. Freud is dit type stoornissen later gaan benoemen als 'conversie': geen simuleren dus, maar eerder een (onbewuste) symbolische uiting van ernstige psychologische trauma's en conflicten. Daarom wordt in het boek uitgebreid aandacht besteed aan de geschiedenis van hysterie en conversie, met alle consequenties van dien voor de huidige praktijk van psychiatrisch classificeren (APA, DSM-5, 2014; WHO, ICD-11, 2019), inclusief de meest recente wijzigingen en aanpassingen hierin (APA, DSM-5-TR, 2022). Als psychologische determinanten de doorslag geven (c.q. conversie) moet FNS worden uitgesloten. Toch maken ook de auteurs impliciet geen absoluut onderscheid tussen somatisch en psychisch, maar lijkt het voor hen meer een kwestie van welk van beide determinanten de meeste invloed heeft. Hoewel het eerdere denken over 'psychosomatische stoornissen' al is genuanceerd door bij voorkeur te spreken over 'onbegrepen lichamelijke klachten', lijkt ook dat alweer achterhaald te zijn en worden die in de laatste interpretatie van de DSM-5 (APA, 2022) omschreven als 'somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten' (SOLK).

Het boek is een must voor iedereen die professioneel met onbegrepen lichamelijke klachten te maken heeft. Naar mijn mening is het op de eerste plaats een diagnostiekboek. In de laatste twee hoofdstukken (11 en 12) wordt expliciet ingegaan op de consequenties van onjuist diagnosticeren, zowel op het vlak van aanpak van klachten als van de ingrijpende juridische consequenties ervan bij 'arbeidsongeschiktheid'. In het geval van een 'conversiestoornis' ligt het op de weg van psychologen en psychiaters om tot een adequate diagnose te komen. Maar juist op dit vlak signaleren de auteurs onkunde bij psychologen en psychiaters om de diagnose FNS te stellen: vaak willen die ten onrechte dieper doorgraven naar onderliggende psychologische causaliteit. Vooral hoofdstuk 5 gaat uitvoerig in op het uiterst moeilijk te maken onderscheid tussen 'verklaarde' en 'onverklaarde' lichamelijke klachten. Door de enorme diversiteit aan interpretaties kan de diagnose voor patiënten bijzonder pijnlijk of ongunstig uitvallen, afhankelijk van met welke arts, diagnosticus of jurist zij uiteindelijk te maken krijgen. Ook in het volgende hoofdstuk (6) wordt uitvoerig ingegaan op het wel of niet arbeidsgeschikt en op het wel of niet uitkeringsgerechtigd zijn. De beide hoofdstukken zijn uiterst relevant voor verzekeringsartsen en juristen.

Ten slotte wordt in de laatste twee hoofdstukken (11 en 12) ingegaan op achterhaalde richtlijnen, waardoor patiënten met FNS ten onrechte kunnen belanden in een behandelingscircuit dat eerder tot verergering dan verbetering van hun klachten leidt. Met name het laatste hoofdstuk (12) gaat met de huidige kennis van zaken in op de aanpak, adequate differentiaties en alle daarop aansluitende behandelingskanalen, waarbij fysiotherapie een eerste ingang zou moeten zijn. Bij ernstigere psychische problematiek moet de psycholoog of psychiater in beeld komen, naar mijn mening bij voorkeur een gedragspsycholoog. De auteurs zijn van mening dat FNS vooral door neurologen te diagnosticeren is, omdat neurologische deviaties via de gebruikelijke radiologische weg of bloedonderzoek niet goed aantoonbaar zijn. Ze grenzen FNS met name af van conversie, omdat ernstige psychologische problematiek daarbij ontbreekt. Toch zwakken ze die afgrenzing ook weer enigszins af, en wel door te veronderstellen dat stress, overbelasting of obsessieve aandacht voor neurologisch falen medebepalend kunnen zijn voor de manifestatie van die neurologische uitvalsverschijnselen. Naar mijn mening raakt dit weer aan de aloude discussie over de dualiteit tussen lichaam en geest. Ook ons huidige denken gaat nog altijd uit van een interactie tussen beide. Hoewel de auteurs dit zelf niet expliciet zo beschrijven, raakt dit hier juist het aspect van dimensionaliteit in diagnostiek: als klachten vooral bepaald worden door stress, overbelasting of te grote aandacht voor neurologisch falen (in dit geval als *lichte* psychologische determinanten), moet er voor de diagnose FNS gekozen worden, waarbij de neurologische component volgens de auteurs doorslaggevend is, ondanks het ontbreken van aantoonbare neurologische deviaties. Overtuigend beschrijven ze dit in hoofdstuk 8 aan de hand van de casus van Oliver Sacks, de internationaal gerenommeerde neuroloog, die zelf leed aan FNS: ondanks een geslaagde orthopedische ingreep, voelde het voor hem aan dat zijn linkerbeen volledig geamputeerd was. Een omgekeerde versie van fantoompijn dus, zoals bij iemand die juist wel gevoel houdt in zijn geamputeerde been.

Kortom, een bijzonder leerboek over ‘onbegrepen lichamelijke klachten’, dat node gemist wordt in het onderwijs van diagnostiek en gedragsassessment. In twaalf hoofdstukken komen alle relevante onderwerpen helder aan de orde, aan de hand van wel heel bijzondere casuïstiek, waarin soms wonder boven wonder sprake is van spectaculaire ‘genezingen’.

Joop Bosch is emeritus universitair docent klinische ontwikkelingspsychologie.

Correspondentieadres: Händellaan 24, 2555 WD Den Haag. E-mail: jd.bosch@kpnmail.nl.

Literatuur

American Psychiatric Association (APA). (2014). *Handboek voor de classificatie van psychiatrische stoornissen (DSM-5): Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Boom.

American Psychiatric Association (APA). (2022). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5-TR)*. Boom.

World Health Organization. (2019). *The ICD-11 classification of mental and behavioural disorders: Clinical description and diagnostic guidelines*. WHO.

.....

Een nieuw basisboek cognitieve gedragstherapie

.....

Bespreking van

Anouk Vanden Bogaerde, Pauline Stas, Kristof Hoorelbeke & Ernst Koster (2022). *Cognitieve gedragstherapie: Verandering op maat*. Acco Learn. 288 pp., € 36,80. ISBN 9789464148985

VINCENT VAN BRUGGEN

Medio 2022 kwam een nieuw lesboek voor cognitieve gedragstherapie uit, geschreven door een viertal Vlaamse auteurs, die allen klinisch en universitair werk combineren. Het boek richt zich zowel op master- als postmasteronderwijs en daarnaast op praktiserende psychologen die op de hoogte willen blijven van cognitieve gedragstherapie. Het boek gaat samen met een online leeromgeving met aanvullend digitaal materiaal. De koper van het boek krijgt voor deze online omgeving een levenslange licentie.

Het boek roept meteen nieuwsgierigheid op. Hoe presenteren de auteurs de huidige stand van de cognitieve gedragstherapie? Hoe zien zij de verhouding tussen diagnostiek en uitvoering? Welke rol kennen zij toe aan geprotocolleerde behandelingen? En misschien wel de belangrijkste vraag voor dit tijdschrift: is dit een goed lesboek voor cursussen in de cognitieve gedragstherapie?

De 274 pagina's van het boek zijn verdeeld over drie delen. Het eerste deel gaat over uitgangspositie en theoretische achtergrond. Het deel over casusformulering dat daarop volgt is verreweg het langste en neemt bijna de helft van het aantal bladzijden in beslag. Het boek sluit af met een deel over behandelplannen en interventies.

In het eerste deel worden specifieke kenmerken van cognitieve gedragstherapie (CGT) beschreven. Verder is er aandacht voor een aantal 'recente evoluties' (p. 16), waarin er een verschuiving heeft plaatsgevonden van syndroomdenken naar een meer klacht- en procesgerichte benadering. De evo-

luties die besproken worden zijn: de theorie van de *research domain criteria*, de netwerkbenadering en de procesgerichte benadering. De geschiedenis van de CGT komt in deze hoofdstukken nauwelijks aan de orde, maar wordt later in het boek beschreven, namelijk in het deel over conditionering, waarin een beknopte en heldere beschrijving van de leertheorie en haar ontstaansgeschiedenis gegeven wordt, inclusief actuele ontwikkelingen (pp. 137-173).

Het tweede deel van het boek gaat dus over casusformulering. Het start met de bespreking van een aantal diagnostische modellen. Vervolgens komt de specifieke gedragstherapeutische diagnostiek aan bod en leert de lezer om functie- en betekenisanalyses op te stellen. Hierbij wordt het model gebruikt dat is uitgewerkt door Korrelboom en ten Broeke (2016), waarbij de functieanalyse en de betekenisanalyse afzonderlijk worden uitgewerkt. Bij de betekenisanalyse laat *Cognitieve gedragstherapie: Verandering op maat* de aanvullende onderscheidingen van causale en identiteitsrelaties, excitatoire en inhibitoire verbanden, en over- en onderbetrokkenheid weg. Dat past mijns inziens goed bij de doelgroep van het boek, die zich de basis van de gedragstherapeutische analyses nog eigen moet maken. Dit deel sluit af met een integratie van de betekenis- en functieanalyse in een model dat het 'kernproces' wordt genoemd en dat een variant is van het al langer bekende SORC-model, een afkorting die staat voor: stimulus, organisme, respons en consequenties.

Het derde deel gaat over de interventies. Het biedt een zeer ruim overzicht van wat CGT te bieden heeft aan toepassingen. In ongeveer 70 bladzijden komen onder andere exposure, relaxatie, *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR), *competitive memory training* (COMET), *cognitive bias modification* (CBM), piekertraining en *acceptance and commitment therapy* (ACT) voorbij. Van elk van deze toepassingen wordt een beknopte en duidelijke omschrijving gegeven. Bij de beschrijving van EMDR valt op dat wordt gesteld dat daarin gewoonlijk stabiliserende technieken worden aangeleerd (p. 219), terwijl het gebruik van zulke technieken omstreden is en hooguit soms een rol speelt bij complexe vormen van trauma (Huntjens et al., 2023).

Bij het boek hoort een online leeromgeving, die materiaal bevat dat hoort bij het tweede en derde deel van het boek. Als illustratie bij het tweede deel wordt in een aantal video's van variërende lengte (tussen de 3 en 15 minuten) een gesprek tussen een hulpverlener en een cliënt getoond, waarin vaardigheden van het diagnostische proces worden gedemonstreerd, zoals het verduidelijken van de hulpvraag. Een deel van deze video's is bij het schrijven van deze recensie nog in ontwikkeling. Bij het derde deel worden uitsluitend video's getoond die al beschikbaar waren op internet, zoals de video's van de VGCT over diverse technieken.

De vraag of ik dit boek kan aanbevelen als lesboek voor CGT-onderwijs aan professionals vind ik lastig te beantwoorden, omdat het in mijn ogen

een aantal opvallend sterke, maar ook een aantal zwakke punten heeft. Sterk vind ik bijvoorbeeld de mooie vormgeving, de actuele inhoud en de beknopte en duidelijke omschrijvingen. Minder sterk vind ik de inhoud van de online omgeving en vooral de opbouw van het boek. De eerste hoofdstukken zijn erg theoretisch en weinig uitnodigend. Zonder kennis van de achtergrond van CGT is het lastig om actuele veranderingen op waarde te schatten. Een hoofdstuk over de geschiedenis van CGT zou wat mij betreft op deze plek een nuttige aanvulling zijn geweest. Ook de daaropvolgende zeer uitgebreide beschrijving van diagnostische modellen werkt ontmoedigend, alsof je eerst drie keer een winkelstraat op en neer moet lopen voor je naar binnen mag bij de winkel waar je eigenlijk heen wilt. Het deel over interventies is nogal beknopt en geeft nauwelijks voldoende basis om deze zelf toe te passen. Tot slot zou het in een volgende uitgave prettig zijn als de literatuurlijst als één geheel wordt weergegeven en niet verdeeld over de drie delen van het boek.

Mijn conclusie is dat dit boek zeker heel geschikt is voor masteropleidingen psychologie. Bij gebruik in het onderwijs aan professionals biedt het een basis, waarbij een aantal hoofdstukken kunnen worden overgeslagen of aanbevolen om globaal te lezen. Daarnaast is bij onderwijs aan professionals aanvullende literatuur nodig, met name over de praktische toepassing van interventies.

Vincent van Bruggen is supervisor bij de VGCT en werkzaam als gz-psycholoog. Hij geeft daarnaast les in CGT. *Correspondentieadres:* vincentvanbruggen@gmail.com.

Literatuur

- | | |
|---|--|
| <p>Korrelboom, K., & ten Broeke, E. (2016). <i>Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Handboek voor theorie en praktijk</i>. Coutinho.</p> | <p>Huntjens, R. J. C., Wessel, I., Bachrach, N., Eidhof, M., Hoeboer, C., Matthijsen, S., Mooren, T., & Schoorl, M. (2023). Traumagerelateerde klachten: Een aantal populaire behandelingen onder de loep genomen. <i>Gedragstherapie</i>, 56, 3-32.</p> |
|---|--|

.....

CGT-i draagt bij aan preventie van depressie

.....

Irwin, M. R., Carrillo, C., Sadeghi, N., Bjurstrom, M. F., Breen, E. C.,
 & Olmstead, R. (2022). Prevention of incident and recurrent major
 depression in older adults with insomnia: A randomized clinical trial. *JAMA
 Psychiatry*, 79, 33-41. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.3422>

Depressie op latere leeftijd (ernstige depressieve stoornis bij volwassenen vanaf 60 jaar) komt voor bij meer dan 10% van de thuiswonende ouderen en is een belangrijke risicofactor voor cognitieve achteruitgang, invaliditeit, medische comorbiditeit en allerlei oorzaken van overlijden. Ouderen met een depressie krijgen echter vaak geen diagnose of behandeling, en zelfs met behandeling komt slechts ongeveer een derde in remissie.

Slapeloosheid komt voor bij bijna 50% van de personen van 60 jaar of ouder en draagt bij tot een tweemaal groter risico op ernstige depressie. Slapeloosheid wordt vaak behandeld met farmacotherapie, hoewel medicatie slechts tijdelijk herstel biedt en risico's met zich meebrengt, zoals verslaving en vallen 's nachts of overdag.

Een niet-medicamenteuze behandeling voor slapeloosheid is *sleep education therapy* (SET). Deze richt zich op dagelijkse gedrags- en omgevingsfactoren die bijdragen aan slecht slapen. Een andere niet-farmacologische behandeling is cognitieve gedragstherapie voor slapeloosheid (CGT-i). Deze combineert cognitieve therapie, stimuluscontrole, slaaprestrictie, slaaphygiëne en ontspanning. CGT-i is de eerstekeuzebehandeling voor insomniastoonis.

In deze selectieve preventiestudie onderzochten de auteurs of CGT-i, vergeleken met SET, een incidentele of terugkerende depressieve stoornis (zoals gedefinieerd door de DSM-5) kan voorkomen bij thuiswonende ouderen die last hebben van slapeloosheid en minimale depressieve symptomen. In het onderzoek werden 291 volwassenen van 60 jaar of ouder met slapeloosheid opgenomen die het afgelopen jaar geen ernstige depressie of ernstige ziekte hadden. Het werven van de deelnemers vond plaats van 2012 tot

2015, de laatste analyses vonden plaats in 2020. Deelnemers werden in een verhouding van 1:1 willekeurig toegewezen aan CGT-i of SET. De CGT-i- en SET-interventies werden uitgevoerd door een getrainde psycholoog (CGT-i) of een getrainde gezondheidsvoorlichter (SET) in wekelijkse groepsessies van 120 minuten gedurende 2 maanden. De CGT-i omvatte vijf onderdelen: cognitieve therapie, prikkelbeheersing, slaaprestrictie, slaaphygiëne en ontspanning. Ook SET bevatte vijf onderdelen: slaaphygiëne, slaapbiologie, kenmerken van gezonde slaap, stressbiologie en impact op slaap.

De primaire uitkomstmaat was de periode tot het optreden van een incidentele of terugkerende depressieve stoornis, zoals gediagnosticeerd door het gestructureerde klinische interview van de DSM-5. De secundaire uitkomstmaat was aanhoudende remissie van slapeloosheid volgens de DSM-5-criteria. Dit werd gedefinieerd door afwezigheid van slapeloosheid bij elke follow-upbeoordeling voorafgaand aan het optreden van een depressie of gedurende de hele follow-up.

Bij oudere volwassenen met een slapeloosheidsstoornis maar zonder depressie bood CGT-i een significant voordeel bij het voorkomen van depressieve stoornissen: 12,2% voldeed aan de criteria van een depressie in de CGT-i-groep en 29,9% in de SET-groep. Duurzame behandeling van slapeloosheid vergroot dus het voordeel van CGT-i bij het voorkomen van depressies. Deelname aan CGT-i resulteerde ook vaker in remissie van slapeloosheid dan deelname aan SET: 50,7% tegenover 37,7%.

Remissie van slapeloosheid en preventie van depressie werden bereikt met minimale belasting van de patiënt, want de totale behandelduur bedroeg slechts 16 uur, zonder boostersessies. En omdat slapeloosheid gepaard gaat met zelfmoordgedachten en dementie, kan CGT-i een toegevoegde waarde hebben bij het verminderen van het risico op zelfmoord of cognitieve achteruitgang.

In dit onderzoek onder oudere volwassenen zonder depressie maar met een slapeloosheidsstoornis leidde CGT-i tot een afname van 50% van de kans op incidentele en recidiverende depressieve stoornissen in vergelijking met SET. Screening van oudere volwassenen in de gehele bevolking op slapeloosheidsklachten zou een goede manier zijn om deze klachten te detecteren. Hierna zou CGT-i grootschalig ingezet kunnen worden als preventieve interventie voor depressie. De huidige gegevens ondersteunen in elk geval verdere inspanningen om risicofactoren als slapeloosheid aan te pakken, met als doel om depressie te voorkomen.

COMMENTAAR VAN DE REDACTIE (JAAP LANCEE)

.....

Slaap was het thema van het vorige nummer van het *Tijdschrift voor Gedragstherapie*. Helaas was daarin geen plek meer voor bovenstaand artikel. Dat

was jammer, omdat het een belangrijke boodschap heeft. Gelukkig past het in deze editie.

In dit artikel onderzoeken Irwin en collega's in hoeverre het behandelen van slapeloosheid depressie kan voorkomen. Verschillende studies hebben al laten zien dat slapeloosheid de kans op het krijgen van een depressie flink doet toenemen. Vanuit deze gedachte is er steeds meer aandacht voor het behandelen van slapeloosheid om mogelijk later depressie te voorkomen. Dit is in de huidige studie onderzocht bij ouderen. Uit de resultaten blijkt dat de kans op het krijgen van een depressie met meer dan 50% afneemt na het volgen van cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGT-i). Dit wijst opnieuw op het belang van het behandelen van slapeloosheid, dat niet alleen effect heeft op slaapklachten, maar ook andere psychische klachten vermindert en voorkomt. Het is daarom van groot belang dat cognitieve gedragstherapie voor slapeloosheid voor iedereen beschikbaar is in Nederland. Wanneer iedereen die last heeft van slapeloosheid er de juiste behandeling voor krijgt, heeft dat niet alleen een directe impact op het functioneren, maar kan het ook andere klachten in de toekomst voorkomen.

De redactie van *Gedragstherapie* ontving de volgende boeken. U bent van harte uitgenodigd deze te recenseren. Bent u geïnteresseerd, stuurt u dan een berichtje met een korte motivatie en een eveneens korte beschrijving van uw achtergrond naar: redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl.

Gedragstherapie is een peer reviewed tijdschrift. Plaatsing van een recensie is daarom niet gegarandeerd. Informatie over eisen die de redactie stelt aan boekbesprekingen vindt u in de auteursrichtlijnen (www.tijdschriftgedragstherapie.nl/auteurs/auteursrichtlijnen).

Dijkstra, P., & van der Heide, F. (2023). *Complexe scheiding: Interventie gebaseerd op derde generatie cognitieve gedragstherapie*. Berghauser Pont Publishing.

Goldberg Mintz, M. (2023). *Heeft je kind een trauma? Hoe herken je trauma en hoe help je je kind met verwerken en herstel*. Hogrefe.

Korrelboom, K. (2023). *COMET voor negatief zelfbeeld: Handleiding voor therapeuten* (2e herziene druk). Bohn Stafleu van Loghum.

Korrelboom, K. (2023). *Verbeter uw zelfbeeld in 7 stappen: Werkboek bij COMET voor negatief zelfbeeld* (2e herziene druk). Bohn Stafleu van Loghum.

Kuipers-Hemken, M., & de Jong, I. (2023). *Onuitwisbaar: Acceptatie van (micro)trauma in ons leven*. Uitgeverij SWP.



Dealen met overbelasting, perfectionisme en niet weten wat je wilt

In hun praktijk zien auteurs Fleur en Marieke bij generatiegenoten terugkerende thema's en problemen met overbelasting, faalangst en perfectionisme, somberheid en depressie, niet weten wat je wilt en verslaving. In

Unstuck laten zij aan de hand van theorie uit de schematherapie zien hoe je met meer mededogen naar jezelf kunt kijken en minder hoge eisen aan jezelf kunt stellen.

Bestel op www.boompsychologie.nl

**Boompsychologie
& psychiatrie**



Waarom het wel zin heeft om ouderen met psychische problemen te behandelen

Als het gaat om de mentale gezondheid van ouderen, hebben we al snel het misplaatste idee dat er bij hen niet veel meer te halen is. Ten onrechte: ouderen zijn juist indrukwekkend veerkrachtig! In **Met de jaren** ontdek je wat psychotherapie voor ouderen

kan betekenen. Dit boek met praktische kennis biedt een hoopvol perspectief voor iedereen die met ouderen werkt.

Bestel op www.boompsychologie.nl

**Boompsychologie
& psychiatrie**



GEDRAGSTHERAPIE

Zesenvijftigste jaargang, nummer 3, september 2023

Pagina 241-372

241 *Redactioneel*

242 **Livia van de Kraats, Janna Vrijzen & Jonas Everaert**

De relatie tussen expliciete geheugenbias en depressie: Een meta-analyse

273 **Miranda Tong Sang & Lieke van Domburgh**

Complexe gezinnen bereiken met de gedragsinterventie SNAP: Een (on)haalbare kaart?

302 **Joanne Mouthaan, Marie-Louise Kullberg, Jessica Huss, Christiane Eichenberg & Maartje Schoorl**

Gebruik van serious games in de ggz: Attitude en bereidheid van cliënten en behandelaars

326 **Carine van Empelen & Michel Reinders**

De verlamme werking van topsport

FORUM

339 **Aurélië Nieuwenhuijse et al.**

Stilstaan bij dwangmatig bewegen bij eetstoornissen

347 **Simona Karbouniaris et al.**

Effectiviteitsstudies als doorgeschoten streven: Een reactie op Huntjens en collega's (2023)

353 **Agnes van Minnen et al.**

De juiste kennis versterkt de zelfregie: Een reactie op de reactie van Karbouniaris en collega's (2023)

BOEKBESPREKINGEN

361 **Joop Bosch**

Rien Vermeulen & Joop Bouma (2023). *Tussen de oren? Misverstanden over functionele neurologische stoornis (FNS)*

365 **Vincent van Bruggen**

Anouk Vanden Bogaerde, Pauline Stas, Kristof Hoorelbeke & Ernst Koster (2022). *Cognitieve gedragstherapie: Verandering op maat*

368 *Voor u gelezen*

371 *Ontvangen*

Boom Tijdschriften

ISSN 0167-7454